

ALESSANDRA VAZ PINTO HAPNER

ESTUDO COMPARATIVO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO
DE GESTANTES SOBRE SAÚDE BUCAL ENTRE DOIS
GRUPOS SÓCIO-ECONÔMICOS DE CURITIBA-PR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Odontologia, Mestrado Acadêmico Fora da Sede -
UNIVILLE, da Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito para obtenção do título de Mestre em
Odontologia, área de concentração: Odontopediatria.

Orientadora: Prof^a Dr^a Izabel Cristina Santos Almeida

Florianópolis
2002

ALESSANDRA VAZ PINTO HAPNER

ESTUDO COMPARATIVO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO
DE GESTANTES SOBRE SAÚDE BUCAL ENTRE DOIS
GRUPOS SÓCIO-ECONÔMICOS DE CURITIBA-PR

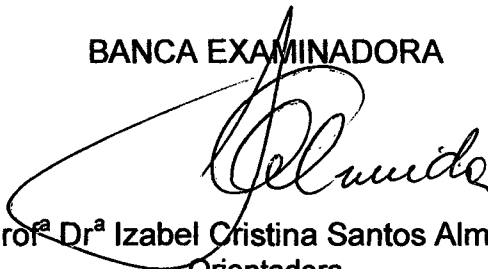
Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Odontologia – Área de Concentração Odontopediatria e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Mestrado Acadêmico Fora da Sede - UNIVILLE.

Joinville, 12 de julho de 2002.



Prof. Dr. Mauro Amaral Caldeira de Andrada
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Izabel Cristina Santos Almeida
Orientadora



Prof.ª Dr.ª Vera Lúcia Bosco
Membro



Prof. Dr. Fabian Calixto Fraiz
Membro

Ao meu bebê, Bernardo, que esteve comigo em muitos momentos dessa pesquisa, e que me permitiu entender a "magia" da maternidade.

Ao Paulo, pelo seu carinho e pelos auxílio e dedicação a este trabalho.

Aos meus pais, Iza e Eduardo, que mais uma vez foram incansáveis no apoio e incentivo ao aprimoramento científico.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Izabel Cristina Santos Almeida pela orientação e dedicação prestadas a este trabalho.

Ao Prof. Dr. Marco Aurélio Anselmo Peres e ao Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas pelas orientações estatísticas.

À Profª Liene Campos pelas informações na revisão final do presente trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, em especial à Drª Lise M. Villani Souza, pela atenção concedida.

Aos médicos obstetras que autorizaram esse estudo com suas pacientes, em especial ao Dr. Mauri José Piazza, ao Dr. Claudio Correa Gomes e à Drª Lídia Fabrício de Melo Garbes, pelo grande auxílio fornecido.

A todas as gestantes que participaram do estudo, pela sua enorme colaboração.

À direção e funcionários das Unidades de Saúde Municipais de Curitiba e às funcionárias dos consultórios particulares, pela sua atenção.

“O destaque que a gravidez apresenta em relação aos outros períodos da vida, é que em nenhuma outra ocasião uma vida depende tanto da saúde e bem-estar de outra.”

MENINO e BIJELLA, 1995.

HAPNER, Alessandra Vaz Pinto. **Estudo comparativo do nível de conhecimento de gestantes sobre saúde bucal entre dois grupos sócio-econômicos de Curitiba-Pr.** 2002. 149 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia - opção Odontopediatria) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Mestrado Acadêmico Fora da Sede - UNIVILLE, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMO

Considerando a estreita relação que há entre a condição bucal de mães e de seus bebês, este estudo se propôs a determinar comparativamente o nível de conhecimento sobre saúde bucal de dois grupos de gestantes com características sócio-econômicas distintas: pacientes que fazem acompanhamento pré-natal em Unidades Municipais de Saúde e pacientes de consultórios particulares de obstetrícia de Curitiba - Pr, e relacionar este nível de conhecimento com as variáveis idade, grau de escolaridade, número de gestações e trimestre gestacional. A amostra constou de 379 gestantes na faixa etária entre 15 e 43 anos, sendo 303 de Unidades de Saúde municipais e 76 de consultórios particulares, seguindo a relação entre atendimentos públicos e particulares naquela cidade (80%/ 20%). Os dados foram coletados através de um questionário com perguntas do tipo fechadas e múltipla escolha. Os resultados evidenciaram que o grupo de gestantes de consultórios particulares apresentou maior grau de conhecimento sobre saúde bucal, quando comparado àquelas que freqüentavam Unidades de Saúde. O alto nível de conhecimento foi observado em 73,7% das gestantes de consultórios particulares e em 50,8% daquelas de Unidades de Saúde. Após análise estatística, a única variável que esteve relacionada ao resultado de alto conhecimento em gestantes que freqüentavam consultórios particulares, foi a escolaridade.

Palavras-chave: gravidez, Odontologia, promoção de saúde, saúde bucal.

HAPNER, Alessandra Vaz Pinto. **Comparative study of pregnant women's oral health knowledge level between two social-economic groups from Curitiba, Pr.** 2002. 149 p. Dissertation (Master Degree in Dentistry - option Odontopediatrics) - Postgraduate program in Dentistry, Academic Master Degree at UNIVILLE, affiliated to Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ABSTRACT

Considering the close relationship which exists between mothers' oral condition and their babies', the objective of this study has been to determine comparatively the knowledge level of dental health between two groups of mothers with distinct social-economic characteristics: patients who had antenatal care in Municipal Health Units and patients who had antenatal care at private obstetric medical offices in Curitiba, Paraná, and to relate this knowledge level to variables such as age, schooling, number of pregnancies and periods of pregnancy (trimesters). The sample study group consisted of 379 pregnant women whose age ranged from 15 to 43 years; 303 belonged to the Municipal Health Unit group and 76 belonged to the obstetric private medical office group, and followed the relationship between public and private care ministered in that city (80% / 20%). The data were collected through a closed questions and multiple choice questions questionnaire. The results showed that mothers who were taken care of at private medical offices presented higher degrees of oral health knowledge than those who attended Municipal Health Units. High knowledge level was observed in 73.7% of the pregnant women attending private medical offices as opposed to 50.8% of those attending Municipal Health Units. After statistic analysis was done, schooling was the only variable which was related to the result of high knowledge in the private medical offices group.

Key-words: pregnancy; Dentistry; health promotion, oral health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 Importância de ações de saúde em gestantes	14
2.2 Alimentação da gestante.....	19
2.3 Desenvolvimento do paladar do bebê	21
2.4 Susceptibilidade à doença cárie.....	22
2.5 Condição gengival da gestante	25
2.6 Tratamento odontológico na gestação	28
2.7 Transmissibilidade	33
2.8 Amamentação natural	38
2.9 Hábitos alimentares do bebê	40
2.10 Visitas odontológicas do bebê	44
2.11 Hábitos de higiene bucal do bebê	46
2.12 Estudos sobre o nível de conhecimento	47
3 PROPOSIÇÃO	62
4 METODOLOGIA	63
5 RESULTADOS.....	70
6 DISCUSSÃO	95
7 CONCLUSÕES	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129
ANEXOS	135
Anexo 1 - Carta de Apresentação	135
Anexo 2 - Consentimento Livre e Esclarecido.....	136
Anexo 3 - Questionário	138
Anexo 4 - Solicitação à Secretaria Municipal de Saúde.....	142
Anexo 5 - Solicitação aos Obstetras (Modelo).....	143
Anexo 6 - Parecer do Núcleo de Assessoramento Jurídico - Secretaria Municipal da Saúde	144
Anexo 7 - Termo de Compromisso	147
Anexo 8 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa / UNIVILLE	148
Anexo 9 - Mapa da Localização das Unidades de Saúde e Consultórios Particulares de Curitiba-PR, que participaram do estudo	149

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das gestantes nas Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001.....	63
Tabela 2 -	Distribuição segundo a idade das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001	71
Tabela 3 -	Distribuição segundo grau de escolaridade das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001	72
Tabela 4 -	Distribuição segundo renda familiar mensal das gestantes de consultórios particulares de Curitiba - Pr, 2001.....	72
Tabela 5 -	Distribuição segundo renda familiar mensal das gestantes de Unidades de Saúde de Curitiba - Pr, 2001.....	73
Tabela 6 -	Distribuição das gestantes quanto ao número de gestações em consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba - Pr, 2001	73
Tabela 7 -	Distribuição das gestantes quanto ao trimestre de gestação nos consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba - Pr, 2001	74
Tabela 8 -	Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 referente ao questionamento “O que é cárie dentária?”	75
Tabela 9 -	Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 referente ao questionamento “O que é gengivite?”	76
Tabela 10 -	Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto a sangramento gengival.....	77
Tabela 11 -	Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto à orientação médica sobre atendimento odontológico na gestação e cuidados com a higiene bucal	78
Tabela 12 -	Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto à visita ao consultório odontológico na gestação	79
Tabela 13 -	Distribuição da frequência e origens das orientações sobre saúde bucal das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001.....	80

Tabela 14 -	Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto à idéia de “dentes fracos”, alimentação e consumo de açúcar das gestantes.....	81
Tabela 15 -	Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto à transmissibilidade.....	82
Tabela 16 -	Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto à amamentação natural	84
Tabela 17 -	Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto à etiologia de lesões de cárie e cuidados de higiene com o bebê	85
Tabela 18 -	Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto a época da primeira visita do bebê ao cirurgião-dentista	86
Tabela 19 -	Frequência dos escores do nível de conhecimento geral sobre os assuntos questionados, das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001	87
Tabela 20 -	Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto à idade das gestantes de consultórios particulares de Curitiba - Pr, 2001	87
Tabela 21 -	Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto à idade das gestantes de Unidades de Saúde de Curitiba - Pr, 2001	88
Tabela 22 -	Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto ao trimestre gestacional das gestantes de consultórios particulares de Curitiba - Pr, 2001	89
Tabela 23 -	Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto ao trimestre gestacional das gestantes de Unidades de Saúde de Curitiba - Pr, 2001	89
Tabela 24 -	Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto ao número de gestações das gestantes de consultórios particulares de Curitiba - Pr, 2001	90
Tabela 25 -	Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto ao número de gestações das gestantes de Unidades de Saúde de Curitiba - Pr, 2001	91
Tabela 26 -	Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto ao grau de escolaridade das gestantes de consultórios particulares de Curitiba - Pr, 2001	92

Tabela 27 -	Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto ao grau de escolaridade das gestantes de Unidades de Saúde de Curitiba - Pr, 2001	92
Tabela 28 -	Associação entre o grau de conhecimento sobre saúde bucal das gestantes e fatores sócio-demográficos. Curitiba- PR, 2001. Teste do Qui-quadrado e valores de p	94
Tabela 29 -	Associação entre baixo grau de conhecimento sobre saúde bucal das gestantes e fatores de risco sócio-demográficos e relacionados aos serviços de saúde – modelo de regressão logística múltipla. Curitiba- PR, 2001	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Respostas das gestantes consideradas ideais para a determinação dos escores do nível de conhecimento sobre saúde bucal.....	67
------------	---	----

1 INTRODUÇÃO

No conceito de promoção de saúde em Odontologia, a prevenção do risco e atividade da doença cárie deve iniciar-se cada vez mais precocemente. A Odontopediatria moderna e a Odontologia para bebês, unem-se à filosofia da Odontologia intra-uterina para educar gestantes sobre as possibilidades de controlar os fatores etiológicos das doenças bucais, enfatizando as causas e condições em que as doenças cárie e periodontal são transmitidas e se desenvolvem, já antecipando à futura mãe os cuidados necessários com a sua própria saúde bucal e com a do bebê. Este conceito, por ser acessível, assegura a possibilidade de termos gerações com melhor condição bucal (MENESES, 1996). Uma vez que existem evidências de que realmente há uma clara relação entre a saúde bucal de gestantes e a dos futuros bebês (CARVALHO, 1988; AKPABIO, 1996; MENESES, 1996; COSTA et al., 1998; BRAMBILLA et al., 1998; ROSA; SANCHES, 2000), é importante o empenho na educação destas pacientes e também esclarecimentos para desmitificar crenças populares freqüentes entre as futuras mães, de que o tratamento odontológico durante a gravidez poderia trazer prejuízos tanto para a gestante como para o feto (SCAVUZZI; ROCHA, 1999).

As gestantes como agrupamento populacional são um grupo especial de educação para saúde, justificado pelo fato de estarem preparando-se para desempenhar o papel de mãe. E futuramente, para a criança, a mãe significa a figura mais representativa da família, na qual ela se espelha para formar atitudes e comportamentos que resultam na aquisição de hábitos, sejam estes saudáveis ou não (COSTA et al., 1998). Ainda, a concentração destas ações em grupos de gestantes é essencial, porque estas apresentam-se receptivas às novas informações e conhecimentos, dispostas inclusive a mudar hábitos e comportamentos, para garantir uma melhor condição bucal para seu bebê.

Neste período, uma série de fatores importantes precisam ser repassados às gestantes para garantir uma boa condição bucal futura a seu filho. Dentre estes fatores, é relevante que se aborde a importância da saúde geral da gestante, incluindo seus hábitos nutricionais, que estarão intimamente relacionados com a formação dos tecidos dentários e das glândulas salivares do bebê. Além disso, há a necessidade de esclarecimento quanto à importância dos cuidados com a sua boca,

uma vez que se encontram em um grupo de risco no que diz respeito à susceptibilidade aos problemas bucais, tanto gengivais como à doença cárie. Incluem-se aqui, situações específicas de condições bucais, devido a diversas alterações hormonais e também novas condições de alimentação e de rotina de vida, que aumentam o risco às doenças bucais. É preciso salientar ainda, que a boa condição bucal da mãe no momento do nascimento do bebê aumentará a possibilidade de plenitude em saúde bucal da criança, considerando que a mãe é a principal fonte de transmissão de bactérias cariogênicas para os bebês e dessa forma, enfatizando a necessidade do maior cuidado e controle de patologias bucais durante a gravidez (AKPABIO, 1996; ROSA et al., 1996; COSTA et al., 1998; ROSA; SANCHES, 2000).

Cuidados com a alimentação do bebê e os padrões de higiene bucal que deverão ser adotados futuramente também merecem atenção nas orientações às gestantes, uma vez que interferem amplamente nos possíveis risco e atividade futuros do desenvolvimento da doença cárie na criança, assim como a necessidade do acompanhamento pelo Odontopediatra durante o primeiro ano de vida, deve ser igualmente enfatizada.

Deste modo, justifica-se a inclusão de gestantes em programas de educação básica em saúde bucal, para que elas atuem futuramente como agentes multiplicadores destas informações e orientações no seu ambiente familiar e também porque, quando bem informada, a gestante será um elemento fundamental na quebra da cadeia de transmissibilidade da cárie dentária (COSTA et al., 1998).

Por estas razões, torna-se importante o desenvolvimento de pesquisas que visem estabelecer o diagnóstico sobre o conhecimento, comportamentos e atitudes relacionados à saúde geral e bucal de grupos considerados importantes no processo de disseminação e transmissão de hábitos que favoreçam a saúde, para que programas com este objetivo possam ser desenvolvidos, embasados em características próprias dos grupos aos quais os indivíduos pertencem.

2 REVISÃO DA LITERATURA¹

Em vista da complexidade em diferentes assuntos que abordou-se nesta revisão de literatura, ela será segmentada para favorecer o entendimento e abranger os aspectos de saúde bucal relacionados à gestante e ao bebê.

2.1 Importância de ações de saúde em gestantes

O presente levantamento da literatura, primeiramente colocará a vasta seqüência de estudos que comprovam a importância da participação de gestantes em ações de educação em saúde bucal.

Já Edwards e Rowntree (1969), estudando o conhecimento, atitudes e comportamento de 300 mulheres primíparas, observaram numerosas atitudes negativas com relação à saúde bucal, como, por exemplo, muitas gestantes não reconhecerem a necessidade da higiene bucal regular em suas crianças. Por esta razão, confirmaram a importância da inclusão de programas de educação em saúde bucal, durante o período pré-natal, salientando o importante papel que as mães têm na promoção de uma melhor higiene bucal em seus filhos: “A necessidade de uma educação em saúde bem planejada durante o período pré-natal é enfatizada, para que o conhecimento assim adquirido possa influenciar favoravelmente a saúde dental da geração emergente”.

Lee (1984) após estudar no Departamento de Saúde de Vancouver o comportamento de futuros pais e mães, concluiu que palestras no período pré-natal com informações para o casal sobre a saúde bucal do bebê e da gestante são importantes, porque é durante esse período que os pais mostram-se mais interessados em aprender como assegurar o desenvolvimento saudável do bebê, e também quando as futuras mães estão muito interessadas na sua própria saúde, sendo esse um momento “ideal” para se obter um impacto positivo sobre hábitos de saúde bucal para famílias. Afirmou que todo o esforço para desenvolver um comportamento preventivo de saúde bucal nas crianças deve estar direcionado primeiramente às mães.

Ainda, Barnby (1984) ressaltou que como o foco de atenção da mulher não está concentrado na boca durante o período gestacional, é importante que haja um

¹ Baseado na NBR 10520:2001 da ABNT.

lembrete para que a futura mãe não esqueça a higiene bucal e torne-a parte integrante da higiene geral. Por esta razão salientou que parteiras, enfermeiras e todas as pessoas da área de saúde que efetuam o atendimento pré-natal em consultórios, clínicas e hospitais podem ajudar no sentido de acrescentar os ensinamentos de cuidados bucais aos conselhos que são dados à classe em gestação.

Goepferd (1987) afirmou que a avaliação individual de cada família é condição imperativa para resultados positivos de aprendizagem em prevenção na saúde. Considerou que panfletos ou papéis explicativos não podem ser comparados, ou tornarem-se substitutos do contato direto com o cirurgião-dentista que é fundamental para um bom aconselhamento.

Em uma revisão de literatura sobre higiene bucal durante a gestação, Chenger e Kovacik (1987) comentaram que os ensinamentos para a saúde iniciam-se com a identificação individual dos conhecimentos, crenças, atitudes e comportamento de cada gestante sobre higiene bucal. Somente a partir dessas informações, programas de educação em saúde bucal podem ser planejados e executados. Também afirmaram que se cuidados preventivos para a saúde bucal não são praticados antes do período gestacional, é importante incentivar esta prática tão logo seja possível. Salientaram ser cauteloso que visitas regulares ao consultório odontológico sejam feitas, independente de haver algum comprometimento visível, e que os cuidados preventivos em relação à saúde bucal são uma etapa significativa dos cuidados pré-natais.

No Brasil, o Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1988) reconhece a relevância de educação em saúde e afirma que "as gestantes constituem o grupo ideal para que o processo de aprendizagem se realize". Com relação à assistência odontológica, especificamente no pré-natal, este mesmo documento declara que "todas as gestantes inscritas deverão ser agendadas para consulta de rotina nas unidades de saúde que disponham de serviço odontológico". Na consulta de rotina, deverá ser realizado o exame clínico da cavidade bucal, e elaborado um plano de tratamento, a ser desenvolvido durante o pré-natal. Este documento, que serve de orientação às Secretarias de Saúde e, conseqüentemente aos serviços de pré-natal,

afirma que deve-se também aproveitar o período da gestação para introduzir ações educativas em saúde bucal.

Partindo do princípio de que as mães tem um papel-chave dentro da família quanto à questão de saúde, pois estas determinam muitos dos comportamentos que seus filhos adotarão, e sabe-se que os padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância permanecem fixados profundamente e são resistentes a mudanças, todos os conhecimentos repassados para gestantes de como promover a sua saúde bucal e de como ela irá agir com seu bebê, serão um exercício positivo de formação de hábitos (PAUNIO, 1994).

Para Menino e Bijella (1995), de todos os períodos do ciclo vital, a gravidez é um dos mais peculiares e, por seu critério impar, tem importância social e de saúde para os indivíduos, as famílias e a sociedade. A vulnerabilidade e dependência da criança e a importância da gestação no ciclo vital, tem levado as sociedades organizadas ao reconhecimento das necessidades essenciais da gestante e das condições de assistência à sua saúde. A educação para a saúde exercida pela equipe pré-natal composta por médicos, enfermeiras, nutricionistas, cirurgiões-dentistas, assistentes sociais e fonoaudiólogas é feita por meio de acompanhamento integrado e seqüencial nos vários níveis de atenção à saúde, não esquecendo de programas de prevenção.

Kinnby et al. (1995) esclareceram que o momento em que as informações sobre saúde bucal são transmitidas é muito importante, e sugeriram que isto deva acontecer o mais precocemente possível durante a gravidez, antes que comportamentos negativos sejam estabelecidos.

Konishi (1995) salientou que a gestante mostra-se psicologicamente receptiva a adquirir novos hábitos quando estes irão favorecer o bom desenvolvimento do bebê. As mães tem um papel muito importante na família, pelo maior convívio com os filhos, influenciando assim seus comportamentos. Por isso, devem ser motivadas a adquirir e transmitir hábitos saudáveis em relação à higiene bucal e à alimentação, como também evitar a instalação de hábitos de sucção não nutritivos. Além disso, salientou a receptividade que as mães apresentam em relação a mudanças que propiciem bem-estar a seus filhos. Orientações às gestantes relacionadas a sua própria saúde bucal, assim como a saúde bucal do bebê são relevantes. A conscientização de que para se promover saúde é preciso educar, e de como os

problemas bucais se instalam e se desenvolvem, os meios de transmissão e a janela de infectividade, reeducação alimentar, uso adequado do flúor e incentivo à amamentação são alguns dos conteúdos importantes a serem transmitidos.

Weyne (1997) afirmou que é possível retardar a colonização/infecção das crianças por bactérias cariogênicas e diminuir o desafio cariogênico futuro, trabalhando-se no âmbito materno-infantil. O autor sumarizou juntamente com o exposto acima, alguns dos mais relevantes conhecimentos que permitiram a estruturação da nova filosofia da odontologia, e que consistem nos Marcos Referenciais do Paradigma de Promoção de Saúde. São eles: a descoberta da natureza infecciosa, multifatorial, dinâmica, sócio-econômico-cultural dos processos saúde-doença cárie e periodontal; compreensão de que as lesões são apenas o resultado de um desequilíbrio duradouro do binômio saúde-doença cárie ou periodontal e não a sua causa; compreensão de que essas patologias devem ser tratadas como doenças e não como lesões, sendo necessária a identificação das variáveis intra e extrabucais que estão desequilibrando o processo saúde-doença. Assim, nos últimos anos, o tratamento tem sido dirigido às causas da doença, em função da compreensão dos mecanismos que envolvem o papel de uma microbiota bucal específica associada à sacarose, na determinação da chamada “Teoria da Placa Específica”. A partir desse ponto, tem-se uma base correta para o controle da doença cárie.

Barbosa e Chelotti (1997) afirmaram que há real necessidade tanto em clínica pública como privada, da prevenção das doenças bucais numa fase o mais precoce possível, preferencialmente no período da gestação. As informações repassadas aos pais, tornam-se um material preventivo, que visa conscientizá-los, através de divulgação científica, da importância dos cuidados com a saúde bucal dos bebês, dentro do contexto de saúde geral. E assim, o grau de informação dos pais, sem dúvida, refletirá na saúde bucal de seus filhos. O processo de informação aos pais, também irá despertar a sensação de grande responsabilidade que estes possuem no estabelecimento da saúde bucal de seus filhos e uma vez esclarecidos, os pais sentir-se-ão estimulados através da valorização de sua participação. Salientaram que o modo como a informação é recebida pelos pais, a época em que isto ocorre e a razão pela qual muitos deles não conseguem transformá-la em ações preventivas,

necessitam de um amplo estudo, uma vez que freqüentemente variam, dependendo de conotações individuais e sociais ainda de difícil entendimento.

Refletindo a predisposição das futuras mães em adquirir novos conhecimentos que pudessem beneficiar seus filhos, Scavuzzi; Rocha; Vianna (1998) encontraram em seu estudo, cujo objetivo foi avaliar as informações de um grupo de gestantes da cidade de Salvador-BA-Brasil acerca da percepção sobre a atenção odontológica na gravidez, uma grande porcentagem de 87,3% das gestantes que responderam positivamente quanto a participação em um grupo de estudos, onde pudessem aprender sobre saúde bucal.

Corsetti; Figueiredo; Dutra (1998) no mesmo ano reforçaram a idéia de que a abordagem atual do tratamento odontológico, está fundamentada no modelo de "Promoção de Saúde Bucal". Dentro deste contexto onde o alvo da prevenção ou tratamento é o portador das lesões e não as lesões em si, afirmaram que programas odontológicos direcionados às gestantes são fundamentais para que se possa esclarecê-las, precocemente, o quanto é importante a manutenção da sua saúde bucal, uma vez que será também benéfico à saúde bucal de seu bebê.

Um estudo de Scavuzzi e Rocha (1999) mostrou os diversos motivos apresentados por profissionais da Odontologia, que justificam a importância da prioridade do grupo de gestantes quanto à assistência odontológica, como o fato da cárie ser uma doença transmissível e as mães serem as principais fontes transmissoras de microorganismos cariogênicos para seus filhos. Os autores concluíram que as gestantes deveriam ser priorizadas nos programas de assistência odontológica, fundamentalmente devido ao papel que exercem na promoção da saúde bucal de seus bebês.

Vieira; Amorim; Orioli (1999) comentaram que a avaliação da futura mãe, será um fator importante a ser levado em consideração no advento da atenção odontológica precoce, com a prática de uma odontologia puramente preventiva e um vigilante acompanhamento da dentição decídua, uma vez que a verificação da saúde bucal da gestante e seus hábitos alimentares e de higiene servirão como parâmetros para a determinação do risco da doença cárie do futuro bebê.

Moysés e Watt (2000) apresentam a definição da Organização Mundial da Saúde para Promoção de Saúde:

"Representa um conceito unificado para aqueles que reconhecem a necessidade de mudança nos modos e condições de vida para promover saúde. Promoção de saúde representa uma estratégia mediadora entre pessoas e ambientes, sintetizando escolha pessoal e responsabilidade social em saúde para criar um futuro mais saudável".

Segundo os autores, para promover saúde é possível utilizar uma estratégia voltada para a população como um todo, em conjunto com uma estratégia de alto risco, com o objetivo de habilitar as pessoas a controlar e assumir responsabilidade sobre a própria saúde. Promoção de saúde bucal é portanto, qualquer esforço planejado para construir políticas públicas saudáveis, fortalecer ações comunitárias, desenvolver habilidades pessoais ou reorientar serviços de saúde na busca de metas em saúde bucal.

Segundo Moura et al. (2001), a gravidez é um período em que a mulher procura com frequência profissionais de saúde, e também nesta fase está emocionalmente sensível e envolvida com o bem-estar de seu filho, tornando-se mais receptiva às mudanças de atitudes, o que resulta em um ótimo período para a instalação de projetos educativos relacionados à saúde bucal. Enfatizaram que a importância do atendimento interdisciplinar às gestantes e bebês é essencial para a plenitude da saúde, e o período de gestação perfila-se como um momento privilegiado para ações de natureza preventiva, em virtude de encontrarem-se mais susceptíveis a mudanças de hábitos e costumes arraigados. Ainda afirmaram que para que a realidade atual possa ser modificada, é necessário que o cirurgião-dentista ocupe o espaço que lhe cabe na formação de equipes destinadas a programas de acompanhamento pré-natal.

Uma vez revista a importância da gestante na promoção da saúde bucal, é preciso colocar todos os estudos que mostram que tanto a saúde geral como a saúde bucal dessas pacientes devem ser relevadas, tendo como finalidade, a saúde bucal dos bebês.

2.2 Alimentação da gestante

Considerando a saúde geral das futuras mães, a preocupação com a qualidade da alimentação materna é salientada por Shaw (1970), como de grande importância, porque deficiências nutricionais durante a fase de desenvolvimento dentário, provocam retardo na erupção, defeitos estruturais de esmalte e alterações de desenvolvimento das glândulas salivares, alterando qualidade e quantidade de

saliva secretada. Deficiências específicas de cálcio e vitamina D resultam em uma mineralização imperfeita do esmalte e dentina; deficiências de vitaminas A resultam em alterações atróficas nos ameloblastos, seguidas pela atrofia dos remanescentes do órgão do esmalte. Alterações nos odontoblastos, disposições irregulares de dentina causando distorções na morfologia dentária também são descritas na ausência de vitamina A. Referindo-se a alimentação com baixo índice de cálcio e fósforo, enfatizou que pode resultar em um significativo aumento na prevalência de cárie dos bebês.

Reforçando a importância da nutrição da gestante para garantir uma dentição saudável ao bebê, de acordo com o Guia de Saúde Bucal (CONSUMER'S GUIDE TO DENTAL HEALTH, 1982) o cálcio, fósforo e outros minerais e vitaminas são necessários para o desenvolvimento adequado da dentição em formação. Contudo, consideram que a afirmação de que o cálcio dos dentes da gestante é absorvido, não é verdadeira. O que é salientado nesse manual, é que os nutrientes necessários ao feto, provém da alimentação da gestante, e portanto, a deficiência severa de alguns destes nutrientes poderá comprometer a formação normal dos dentes decíduos. Alimentos saudáveis pertencentes aos quatro grupos básicos como frutas, vegetais, leite e seus derivados, pães e cereais, carnes ou outras proteínas devem então ser consumidos a fim de que o aporte necessário à formação dentária seja fornecido.

Conforme Chenger e Kovacik (1987) a rotina alimentar da gestante deve ser revista, para se determinar se nutrientes apropriados estão disponíveis para garantir a saúde da mãe e do bebê. Além disso, uma alimentação balanceada irá fornecer nutrientes apropriados para o desenvolvimento dos dentes decíduos do bebê. O suplemento de cálcio ao feto é adquirido da alimentação materna, e não absorvido dos dentes da gestante como freqüentemente estas sugerem. A quantidade diária de cálcio recomendada é de 1200 mg para gestantes adultas e de 1600 mg para gestantes adolescentes. Na prática, uma xícara de leite equivale a 300 mg de cálcio e, portanto quatro a seis xícaras de leite ao dia já atingem a quantidade requerida do mineral.

Relataram que durante a gestação, há uma maior freqüência da ingestão de lanches e pequenas refeições pelo fato de atenuarem os enjoos matinais inerentes ao primeiro trimestre de gestação e também amenizarem o desconforto causado

pela indigestão que ocorre no terceiro trimestre gestacional; sugeriram que lanches contendo amidos e açúcares, e também aqueles de consistência pegajosa que aderem facilmente à superfície dentária devam ser evitados.

Akpabio (1996) afirmou que a saúde da mãe durante a gravidez, e particularmente sua alimentação, tem um profundo efeito no desenvolvimento e qualidade da dentição dos futuros bebês. Para um desenvolvimento sadio, a alimentação da mãe durante a gestação é de particular importância. O processo de calcificação dos dentes requer suprimento adequado de cálcio e fosfato que são absorvidos da alimentação materna através da ação da vitamina D, sendo a vitamina C também essencial no processo de calcificação.

Corsetti; Figueiredo; Dutra (1998) ao avaliarem os serviços públicos de Porto Alegre-RS-Brasil quanto à existência ou não de programas odontológicos durante o atendimento pré-natal, comentaram que a partir do segundo trimestre de gravidez há um aumento notável na frequência de ingestão de açúcares.

Enfim, "a adequada nutrição materna é reconhecida como um dos principais determinantes do bem-estar fetal e neonatal" (CUNHA, 2001).

2.3 Desenvolvimento do paladar do bebê

Considerando o desenvolvimento do paladar do feto durante a gestação, Verny (1989) (apud BERNAT; SEBASTIANI, 1998) mencionou uma pesquisa clássica desta área para verificar o nível comportamental de interação entre a criança e o mundo, onde se modificou o sabor do líquido amniótico (LA) e observou-se por meio de ultra-sonografia, a resposta de deglutição do feto. Num primeiro momento, com a injeção de sacarina no líquido amniótico, constatou um aumento da deglutição deste de até cinco vezes quando comparado ao que o feto normalmente ingeria. A adição de anilina com sabor amargo, levou o feto a diminuir pela metade o volume de deglutição do líquido amniótico. Concluiu então, que o sabor doce já é identificado pelo feto e quando está presente é evidente o prazer pelo seu consumo. Pode-se dizer nesse sentido, que a fase oral e aspectos da libido e do princípio do prazer já estão atuantes em um feto com 6 meses de idade gestacional, o que faz parte da "vida mental sensorial".

Sobre o mesmo assunto, Praetzel et al. (1998) comentaram que o aparelho receptor do paladar está completo por volta de 14 semanas de vida intra-uterina, quando os bebês manifestam comportamento de deglutição. Apresentaram um estudo realizado em 15 bebês recém-nascidos a termo, entre 10 e 24 h após o nascimento, no Hospital Universitário de Santa Maria-RS-Brasil. As crianças foram submetidas ao “teste de sabores” com diferentes estímulos gustatórios (doce, amargo, salgado e azedo) e filmadas para mensuração das respostas aos diferentes estímulos através da interpretação das expressões faciais. Obtiveram diferentes expressões faciais, típicas para cada sabor, demonstrando que neonatos são capazes de discriminar sabores. Concluíram que há uma reação mais agradável ao sabor adocicado, quando comparado aos demais estímulos, com sucção, abertura e fechamento da boca, estalar de língua, relaxamento e serenidade de expressão facial e um longo período de repouso, demonstrando preferência inata por esse sabor. Pelas alterações orgânicas que o consumo inadequado de açúcar pode ser responsável, sugeriram que torna-se evidente a importância de seu controle na alimentação, que pode começar já na gestação, trazendo benefícios tanto para a gestante, como para o bebê.

As mães podem influenciar o paladar dos bebês na gestação e na amamentação. É o que demonstrou um estudo do Instituto Monell Chemical Senses, dos EUA, comentado por Cunha (2001), que avaliou três grupos de gestantes: as participantes de um primeiro grupo tomaram suco de cenoura no fim da gestação; do segundo na amamentação e do terceiro beberam apenas água. Após o desmame, os bebês que haviam tido contato com o suco de cenoura, demonstraram preferência pelo alimento. Salientou que os bebês são sensíveis à alimentação da mãe, e por isso a exposição aos sabores, oferece ao bebê a oportunidade de ter o primeiro contato com os hábitos alimentares da família.

2.4 Susceptibilidade à doença cárie

Em 1949, Hess (apud MENINO; BIJELLA, 1995) afirmou que durante a gestação existem exacerbações e certas perturbações na cavidade bucal. A desmineralização, por exemplo, não é própria da gestação, mas sim as condições que acompanham este estado é que podem tornar mais aguda a prevalência de

cárie. A hiperacidez do meio bucal favorece o desenvolvimento bacteriano, e o conseqüente processo de desmineralização do elemento dentário.

Durante a gravidez, deve ser fornecida atenção especial à rotina de cuidados bucais com escovação dentária e uso de fio dental, com objetivo de remover a placa bacteriana, diariamente, da melhor forma possível, e assim garantir a manutenção do estado dental, sem permitir condições para que a doença cárie venha a se desenvolver (CONSUMER'S GUIDE TO DENTAL HEALTH, 1982).

Este manual ainda salienta não ser correta a antiga idéia de que "cada gravidez representa um dente perdido", esclarecendo às gestantes que realmente estas crendices populares não devem ser difundidas. Se a maior incidência de lesões de cárie ocorrer durante a gestação, estas devem-se às condições bucais da gestante (acidez) e também ao aumento da freqüência no consumo do açúcar.

Barnby (1984) relatou que realmente há um aumento no risco à doença cárie durante a gravidez devido às alterações no estilo de vida inerentes ao período da gestação. Sugeriu que dentre as mudanças de comportamento das gestantes que levam à maior incidência de lesões de cárie, estão a maior freqüência no consumo de açúcar presentes nos lanches que são feitos periodicamente, e também pelo fato de freqüentemente as futuras mães desistirem do seu emprego, e assim permanecerem um maior tempo em casa, favorecendo o maior consumo de açúcar.

Carvalho (1988) comentou que há uma mudança na acidez do meio bucal em gestantes, que favorece o desenvolvimento bacteriano, específico do processo de descalcificação da superfície dentária. A isto, e não ao suprimento de cálcio ao feto, é que se deve o eventual aumento da incidência de cárie nesse período. Outros fatores citados pelo autor para justificar este aumento do índice de cárie dentária na gravidez, seriam a negligência a tratamentos e higiene bucal e a diminuição do fluxo salivar durante a gestação, ficando também a saliva com menor quantidade de eletrólitos.

A etiologia da cárie dentária é discutida em função da dinâmica entre a placa bacteriana, carboidrato e saliva, determinando o conceito de cárie como uma doença infecciosa bacteriana, modificada por uma dieta rica em carboidratos (KRIGER; MOYSÉS, 1997). Com esse conceito, percebe-se o quanto a gestante é uma paciente de risco à essa doença bucal.

Salvolini et al. (1998) teceram algumas considerações a respeito das funções salivares e da alteração bioquímica que a gestação provocaria no conteúdo salivar. A saliva com seu importante papel na manutenção da saúde bucal, protegendo os dentes através da maturação pós-eruptiva, pela difusão de íons como cálcio e fósforo na superfície do esmalte, sofre grandes alterações na sua composição durante a gravidez, como uma resposta às mudanças dos níveis dos hormônios esteróides. São reportados diminuição do pH salivar, proporção do fluxo salivar alterado e mudanças nos níveis de eletrólitos salivares. Neste estudo os autores determinaram todos os componentes da saliva humana desestimulada durante a gestação, de maneira a compreender o papel da gravidez na saúde bucal. A amostra constou de 45 mulheres primíparas, e 15 mulheres não gestantes constituíram o grupo controle. Muitas proteínas salivares tem funções enzimáticas, tais como a α -amilase que representa o maior componente da secreção da glândula parótida e está também presente no fluido submandibular, representando cerca de 50% do total das proteínas. Como resultado do estudo, observaram um aumento do conteúdo total de proteínas e da atividade α -amilase na primeira parte da gravidez (10^a a 21^a semanas) quando comparados ao grupo controle e às mulheres no fim da gestação, período em que há uma diminuição desses fatores. Os autores comentaram que o aumento da atividade α -amilase poderá induzir a um aumento do substrato de microorganismos acidogênicos, contribuindo para a diminuição do pH salivar, observado na gestação. Outro fator que contribuiu para a redução do pH foi o aumento do conteúdo de ácido siálico entre a 21^a e a 40^a semana de gestação. Assim, o pH salivar e a capacidade tampão alcançam seus menores valores durante o terceiro trimestre de gestação, aumentando o risco à doença cárie. Com relação aos níveis de cálcio e fósforo, nenhuma diferença foi observada entre o grupo controle até 10 semanas de gestação, enquanto acharam uma significativa diminuição desses íons entre 21 e 40 semanas de gestação. A formação do osso fetal ocorre quase na sua totalidade durante essa fase (21 a 40 semanas), que coincide com a concentração de cálcio diminuída.

Uma vez que a concentração de cálcio iônico dos fluidos bucais contribui para a estabilidade dos tecidos dentais firmes, a diminuição da concentração de cálcio e fósforo na última fase da gestação, poderá aumentar o risco à doença cárie. Concluindo, apresentaram evidências das modificações de toda a composição

salivar durante a gestação, o que pode ter um papel importante na incidência da doença cárie durante esse período.

Bistulfi (2000) comentou que pode acontecer muitas vezes na gravidez uma modificação considerável na alimentação materna, que desequilibra o pH da saliva, alteração que é suficiente para provocar a doença cárie. Além disso, as mães muitas vezes dão preferência a comidas ácidas nesta fase, e o que predispõe, principalmente, a gestante a ataques cariogênicos são os vômitos freqüentes, porque a maior freqüência de pH ácido na cavidade bucal pode aumentar a incidência de lesões de cárie. O mais indicado nessa fase, é que as consultas odontológicas sejam mais freqüentes que o habitual, para que o profissional recomende a fluoroterapia e a higiene correta para a gestante e oriente sobre sua saúde e a do bebê.

2.5 Condição gengival da gestante

No que refere-se a alterações gengivais presentes na gestação, Grelle (1960) (apud MENINO; BIJELLA, 1995) iniciou a questão afirmando que quando a gestante já possui uma periodontopatia crônica, esta poderá ser exacerbada pelas modificações hormonais que ocorrem na gravidez. O fundamental, portanto, é que a grávida tenha assistência odontológica e procure manter a higiene bucal para prevenção da formação de placa bacteriana e conseqüentemente da inflamação gengival.

Barnby (1984) afirmou que a gestante é mais susceptível à doença periodontal devido à sua condição hormonal que poderá prejudicar a condição gengival da mulher, com aumento no edema e hiperemia da gengiva marginal e papilas interdentais, sendo comum o sangramento gengival durante a escovação e até mesmo durante a mastigação. Comentou que estas alterações gengivais ocorrem sem que haja aumento na quantidade de placa bacteriana, mostrando, portanto, que há alguns fatores que predispõem esta resposta gengival inflamatória aumentada, evidenciada a partir da décima semana de gestação até o nascimento do bebê, quando a condição gengival normalmente retorna à normalidade. É portanto imperativo que a higiene bucal seja melhorada durante a gestação para se manter o mesmo estado de saúde bucal presente antes desse período.

Chenger e Kovacik (1987) afirmaram que realmente o sangramento gengival é um achado comum durante a gestação e comentaram que o aumento na prevalência e severidade da gengivite neste período está relacionado a uma alteração simultânea nos hormônios sexuais femininos. Possivelmente, o aumento nos níveis hormonais possa causar uma reação exagerada aos fatores irritantes da placa bacteriana, entretanto, uma higiene dental apropriada prevenirá a gengivite.

Carvalho (1988) afirmou que as alterações gengivais são visíveis em mulheres grávidas a partir do segundo mês de gestação, alcançando o auge no oitavo mês gestacional. Devido às elevadas taxas de progesterona, há alterações na microvascularização, que se traduzem na gengiva por um aumento de inflamação em presença de placa bacteriana e por maior potencial de agressão desta. O aspecto clínico das alterações gengivais na gravidez caracteriza-se por uma cor vermelho-brilhante na gengiva marginal e papilas interdentais e por hiperplasia da gengiva interdental; a mobilidade dentária horizontal está aumentada. Tumores gravídicos (granuloma piogênico ou granuloma da gravidez) podem surgir como resposta exacerbada a irritantes locais.

Oliva Filho e Oliveira (1995) comentaram com relação às alterações endócrinas durante a gestação, que a placenta secreta grandes quantidades de estrogênio, progesterona e gonadotrofina coriônica, essenciais para a continuidade da gravidez e o bom desenvolvimento do feto. Essas mudanças hormonais irão alterar a resposta do periodonto aos irritantes locais; a flora associada à doença periodontal, como os *bacteróides intermedius anaeróbicos* e *capnocytophaga*, também estará em maior quantidade quando houverem níveis aumentados de estrogênio e progesterona, como ocorre nessa fase, pois esses hormônios servirão de nutrientes para essas bactérias particularmente. As alterações hormonais também modificam a saída do fluido gengival, provavelmente por haver aumento da permeabilidade vascular, diminuindo assim a proteção que esse fluido promove pela sua atividade bactericida e adesiva a partir de proteínas plasmáticas que melhoram a adesão do epitélio juncional do dente. Descreveram, clinicamente, a gengivite gravídica com papilas avermelhadas, edemaciadas e com sangramento à sondagem, de localização específica ou generalizada. A resposta inflamatória estará bem aumentada, pois a progesterona atua na microcirculação gengival. Em casos severos, desenvolvem-se lesões hiperplásicas, geralmente interproximais, e até

massas tumorais (tumor gravídico), cujo aparecimento relaciona-se a um trauma ou irritação como a placa bacteriana e o cálculo periodontal, juntamente com as alterações hormonais responsáveis pela resposta tecidual exagerada.

Cordeiro e Costa (1999) comentaram que há predileção para doença inflamatória gengival e periodontal durante o período de desequilíbrio dos hormônios sexuais, em consequência das alterações vasculares que estes hormônios provocam. Esta tendência pode estar relacionada com os efeitos que estes hormônios tem sob os tecidos periodontais previamente inflamados, acentuando a resposta gengival aos irritantes locais. As observações relatadas pelos autores em pacientes grávidas, possibilitam notar que a mobilidade dentária e a gravidade da gengivite estão aumentadas durante o segundo e terceiro mês gestacional, tornando-se mais sérias pelo oitavo mês.

Machuca et al. (1999) avaliaram o estado periodontal de 130 mulheres grávidas em Sevilha, com idade média de 30 anos, predomínio de escolaridade de grau primário (54,6%) e de ocupação principal das futuras mães de “donas de casa” (47,7%). Objetivaram definir o índice de placa bacteriana, índice de sangramento gengival, profundidade à sondagem, nível de inserção clínica e também a relação desses achados com variáveis como idade, grau de escolaridade-profissional, período de gestação, número de gestações e manutenções periodontais anteriores. Comentaram as alterações gengivais inerentes à gestação: aumento dos níveis de progesterona resultando em mudanças na permeabilidade vascular, edema gengival e perda da queratinização do epitélio gengival; a produção de prostaglandinas é estimulada, gerando aumento da inflamação gengival. Analisando os resultados, a maioria das gestantes (87%) estavam no segundo ou terceiro trimestres de gestação, e registraram que as alterações inflamatórias gengivais foram mais evidentes nesse período. A média do índice de placa bacteriana aumentou significativamente quando o nível de escolaridade-profissional foi menor, e assim, variou de 30,8% entre pacientes com grau universitário a 81,6% entre pacientes analfabetas; a média do índice de sangramento também foi mais alta quando o nível profissional foi mais baixo; o nível de inserção esteve significativamente relacionado à idade e ao 3º trimestre de gestação; a média da profundidade à sondagem (1,71mm) também esteve relacionada à idade, menor nível profissional, e a dois ou mais filhos. Concluíram, que a gengivite proveniente do acúmulo de placa bacteriana

é a principal manifestação clínica da doença periodontal em mulheres grávidas e foi relacionada a nível de escolaridade-profissional, e em algumas circunstâncias, trimestre e número de gestações podem ter algum efeito na fisiologia dos tecidos gengivais, de maneira que a resposta inflamatória do hospedeiro aos agentes da placa bacteriana poderá aumentar, e que maior atenção á higiene bucal ajudará a minimizar os efeitos gengivais das mudanças metabólicas da gravidez.

Esses resultados ilustram a importância de estabelecer medidas periodontais preventivas nas gestantes, que terão efeitos benéficos não somente na sua saúde bucal como também do bebê.

Para Bistulfi (2000) com a formação do bebê, o tabu que é freqüentemente comentado de que dentes e gengivas se tornam mais "fracos" é irreal. Normalmente o que ocorre é que na gestação, com as grandes mudanças hormonais, o sangramento gengival ocorre mais facilmente. Isto implica em uma maior necessidade de higiene bucal e de visitas mais freqüentes ao consultório odontológico para melhorar os cuidados. Quanto aos dentes, como já citado, a crença de que o bebê retira o seu cálcio ou flúor, ou ainda de que os dentes ficarão enfraquecidos de alguma forma, não procede.

No estudo de Gomes e Paiva (2000) que comparou possíveis alterações inflamatórias gengivais entre grupos de gestantes e não gestantes, de mesma faixa etária e mesmo nível sócio-econômico, constataram que houve maior severidade da gengivite no grupo de gestantes, embora estas apresentassem uma menor correlação entre gengivite e higiene bucal. Ou seja, as gestantes possuíam melhor nível de higiene bucal que as não gestantes, porém apresentaram mesmo nível de inflamação gengival. Concluíram que a severidade das alterações inflamatórias gengivais em gestantes deve-se a algum outro fator, além da placa bacteriana local, que atua juntamente e acentua o quadro inflamatório durante as fases de mudanças hormonais.

2.6 Tratamento odontológico na gestação

Uma vez revisto que alterações na cavidade bucal são eventos freqüentes na fase gestacional, a questão do tratamento odontológico nesse período deve ser esclarecida e desmitificada. Entretanto, embora seguro, o atendimento às gestantes merece alguns cuidados que sendo seguidos, garantirão o bom andamento do

tratamento. Assim, esta etapa da revisão de literatura mostrará a preocupação dos autores sobre este assunto.

Cozzupoli (1981) realizou um estudo de campo de forma aleatória com 170 gestantes do Amparo Maternal, na capital do estado de São Paulo, com a proposta de estudar os fatores que influenciavam a conduta da gestante frente à procura de assistência odontológica no serviço pré-natal. Concluiu que o medo do tratamento odontológico na gravidez foi manifestado por quase toda a amostra pesquisada, além do receio verificado em mais da metade das entrevistadas de perder o bebê, em decorrência de hemorragia genital provocada pelo tratamento odontológico. Por outro lado, as gestantes que venceram o medo do tratamento odontológico e procuraram o profissional, encontraram quase sempre resistência por parte do mesmo. Houve uma porcentagem de 12,35% das entrevistadas que não foram tratadas no consultório quando procuraram tratamento, por recusa do cirurgião-dentista.

O Guia de Saúde Bucal ao Consumidor (CONSUMER'S GUIDE TO DENTAL HEALTH, 1982) comenta que o atendimento durante os 3 primeiros meses de gestação deve ser evitado, devido ao uso de anestésicos e à eliminação de catecolaminas pelo estresse da paciente que podem causar abortos, assim como, nos últimos 2 ou 3 meses por ser desconfortável a posição na cadeira odontológica durante longos períodos nesta fase. Ainda, gestantes com história de parto prematuro também devem evitar o atendimento nestes 3 últimos meses.

Para Lee (1984) o valor das consultas odontológicas após o primeiro trimestre de gestação deve ser incorporado a qualquer orientação pré-natal a que a gestante seja submetida. Estas orientações devem incluir informações sobre as precauções a serem tomadas durante as consultas, bem como discussões sobre a importância da saúde bucal na saúde geral da gestante.

Barnby (1984) comentou a respeito da recusa das pacientes em ir aos consultórios odontológicos que: "É o dizer do povo e o folclore que as mantém afastadas, e não uma real experiência de desconforto". Entretanto, a sedação moderna e as técnicas de controle da dor são agora aceitáveis e podem ser usadas em todo o período gestacional, sendo que o único fator limitador é o peso do bebê no último trimestre de gravidez que poderá tornar o tratamento odontológico desconfortável, devido à posição da paciente na cadeira. Muitos cirurgiões-dentistas

restringem, então, o tratamento ao segundo trimestre de gestação para superar este problema, e também para evitar qualquer probabilidade de parto prematuro.

Muitas gestantes preocupam-se a respeito da segurança dos procedimentos odontológicos neste período. Chenger e Kovacik (1987) salientaram que é essencial esclarecê-las que tanto atendimentos emergenciais bem como não emergenciais podem ser executados sem risco algum, durante a gravidez. Entretanto, a mulher necessita informar ao cirurgião-dentista sobre a gestação, para que o profissional possa decidir sobre o período mais apropriado para realizar o tratamento, e também optar pelos métodos mais seguros a respeito das medicações e anestésicos utilizados, seu efeito sobre o feto, e as alternativas possíveis de tratamento, a fim de tranquilizar a paciente. A saúde geral da gestante e os medicamentos em uso também devem ser discutidos com o cirurgião-dentista, para ajudá-lo a selecionar o agente farmacológico mais apropriado. A maioria dos profissionais sugere à gestante, adiar o atendimento para o segundo trimestre gestacional, por ser esta fase mais confortável. E quanto ao exame radiográfico, o uso de aventais protetores de chumbo pela gestante, reduz a exposição do feto. Salientaram que quando todas as precauções apropriadas são tomadas, a exposição fetal ao raio X é mínima.

Carvalho (1988) chamou atenção em detalhes no uso de soluções anestésicas durante os 3 primeiros meses de gravidez, sendo de boa norma evitar-se o uso de anestésicos que contenham adrenalina ou noradrenalina em sua composição. O anestésico portador de uma dessas substâncias é capaz de provocar abortos em úteros facilmente excitáveis. Deve-se evitar, igualmente, anestésicos locais que contenham vasoconstritores catecolamínicos, principalmente no 1º trimestre de gestação, e até, de forma mais radical, evitar o atendimento odontológico à gestante nesse período, principalmente considerando o teor de catecolamina liberado pela supra-renal, quando há alguma situação de estresse, e que é superior àquele contido nos anestésicos locais acondicionados em tubetes.

Oliva Filho e Oliveira (1995) sugeriram que na primeira fase gestacional o atendimento deverá direcionar-se ao cuidado agudo, devido ao feto estar em organogênese e o índice de abortos espontâneos ser de aproximadamente 20%. Para os autores, a 2ª fase é mais segura para atendimento, e é normalmente quando iniciam-se os problemas periodontais. Estão indicados aí, os cuidados rotineiros e a prevenção de complicações futuras, visto que os períodos perinatal e pós-parto são

difíceis de tratamento, assim como o 3º trimestre, quando as intervenções devem ser somente de emergência e de curta duração. Nessa fase a paciente geralmente apresenta desconforto, podendo chegar a um quadro chamado síndrome de hipotensão supina, devido a esta posição, decorrente da compressão da veia cava inferior pelo útero grávido, interferindo assim, com o retorno do sangue ao coração, resultando em perda da consciência.

Sugeriram que essa complicação poderá ser evitada se permitirmos que a paciente assuma uma posição semi-sentada e freqüentes mudanças de posição. Se o tratamento emergencial for indicado, deverá ser realizado em qualquer momento da gestação, eliminando o estresse físico e emocional, pois a dor e a ansiedade produzidas poderão causar mais danos ao feto do que o próprio tratamento.

O estudo de Corsetti; Figueiredo; Dutra (1998), cujo objetivo foi o de avaliar os serviços públicos de Porto Alegre/RS quanto à existência ou não de programas odontológicos durante o atendimento pré-natal e o grau de informação dos dentistas envolvidos nesse atendimento, mostrou como resultado que apenas 24,4% dos postos de saúde possuíam um programa odontológico instituído para as gestantes, sendo que na maioria deles somente 64% das gestantes eram atendidas, porque elas mesmas solicitavam tratamento. Apesar desse achado, o reconhecimento da importância do aconselhamento pré-natal foi evidenciado na totalidade (100%) dos cirurgiões-dentistas envolvidos no serviço, que consideraram o atendimento odontológico importante nesse período para melhorar hábitos da mãe com conseqüente benefício para o bebê. Desse total 69,7% afirmaram utilizar anestésico sem vasoconstritor para gestantes, 79% atendem as gestantes independente do trimestre de gravidez, 82,5% evitam radiografias durante o primeiro trimestre gestacional e apenas 10,3% não usam avental de chumbo para proteção da paciente. Afirmaram que os cirurgiões-dentistas envolvidos nesse atendimento estão sensibilizados quanto à importância do atendimento às gestantes e que em relação às táticas operatórias, a maioria tem cuidados pertinentes ao período gestacional. Apesar disso, o estudo demonstrou que na prática, não existe o atendimento odontológico pré-natal como exige o Modelo de Promoção de Saúde Bucal mesmo com os cirurgiões-dentistas sensíveis à importância dessa iniciativa.

Vieira; Amorim; Orioli (1999) colocaram os resultados de um trabalho cujo objetivo foi o de verificar na casuística de um serviço de informação destinado às

gestantes e aos profissionais responsáveis pela atenção a sua saúde, qual o percentual de dúvidas relacionadas à Odontologia que as gestantes apresentavam e avaliar qual seria a natureza dessas dúvidas. O Serviço de Informação Teratogênica, no Rio de Janeiro, onde o estudo foi realizado, propõe-se a vigiar possíveis fatores do ambiente que possam trazer problemas a uma gravidez em curso.

Como resultado, observaram que das consultas ao serviço, 4,9% foram dúvidas relacionadas à odontologia. A média de idade das gestantes que apresentaram estas dúvidas foi 26 anos, com grau de escolaridade em 50% das vezes de 3º grau completo e 45% das vezes de 2º grau concluído. Ressaltaram que como a observação foi realizada exclusivamente pelo telefone, o próprio método de análise, ou seja, o serviço de atendimento faz uma seleção do nível sócio-econômico das consulentes, o que justifica este alto nível de escolaridade.

Observaram que a maioria das gestantes que procuraram o serviço para esclarecer suas dúvidas, estava no primeiro trimestre gestacional, seguidas daquelas que se encontravam no segundo trimestre. Quanto à natureza das indagações, a maioria foi relacionada aos riscos para o bebê em formação caso a gestante se submetesse ao tratamento odontológico, seguido da preocupação com o exame radiográfico.

Salientaram que o número expressivo de consultas relacionadas à Odontologia, demonstra que deveria haver uma preocupação especial do cirurgião-dentista que se propõe a assistir gestantes, de bem orientá-las sobre o seu estado de saúde bucal e sobre os procedimentos que estão sendo realizados ou propostos e potencial de risco ao bebê em desenvolvimento, diminuindo assim, a ansiedade envolvida em uma consulta odontológica. Comentaram que o atendimento odontológico à gestante, possui uma característica muito peculiar, porque ao mesmo tempo que a paciente encontra-se ávida por informações que venham beneficiar seu filho em formação, coloca-se também bastante ansiosa caso necessite submeter-se a alguma situação que fuja de sua rotina normal, como seria um tratamento odontológico. Por essa razão, sugeriram que os tratamentos mais complexos devam ser adiados para o pós-parto, para não haver indução prematura do parto, e que os procedimentos de urgência devam ser realizados, sempre com soluções anestésicas sem vasoconstritor. A radiação para um exame radiográfico dentário, está muito aquém dos níveis nocivos; nesse caso, um fator de proteção como um avental com

revestimento de chumbo tem um efeito tranquilizador importante para a gestante, e por ser de conhecimento do público em geral que a radiação em excesso tem efeitos nocivos, ele deve ser sempre utilizado.

Scavuzzi e Rocha (1999) concluíram após uma revisão de literatura sobre o assunto, que os profissionais da Odontologia devem procurar desmitificar crenças e mitos em torno da Odontologia na gravidez, e atuar como agentes promotores do aprendizado sobre saúde bucal durante o período gestacional.

Moura et al. (2001) concordaram com o exposto acima quando sugeriram que o esclarecimento quanto aos mitos e crendices populares que envolvem o atendimento odontológico durante a gravidez, também necessitam ser discutidos. Padrões comportamentais que incluem aversão ao tratamento odontológico durante a gravidez, advêm de traços culturais repassados através de gerações e por isso merecem atenção. Soma-se a isto, o fato dos cirurgiões-dentistas sentirem-se despreparados para atender as pacientes gestantes, considerando-as sempre pacientes de risco, e ainda, freqüentemente, não salientarem o enfoque preventivo tão necessário no atendimento dessas pacientes. Portanto, tais profissionais também necessitam de motivação e esclarecimento no atendimento às gestantes.

2.7 Transmissibilidade

Quando o assunto a ser abordado é a transmissibilidade da doença cárie, Alaluusua e Renkoven (1983) comentaram que os *estreptococos mutans* não estão presentes na cavidade bucal dos bebês durante o primeiro ano de vida. Há porém, um aumento gradativo na freqüência da bactéria com a idade e com o aumento do número de dentes e áreas retentivas na superfície dental. Com o objetivo de evidenciar o prejuízo da contaminação precoce dos *estreptococos mutans* às crianças, realizaram um estudo longitudinal com 39 crianças nas idades de 2, 3 e 4 anos e diversas condições sócio-econômicas, quanto à colonização desses microorganismos na placa bacteriana e saliva e a posterior experiência de cárie dessas crianças. O critério de seleção foi a idade da criança entre 23 e 25 meses no início do estudo. Durante o desenvolvimento da pesquisa, 23 dos participantes permaneceram sem cárie e 16 crianças apresentaram a doença. Como resultado, as crianças que apresentaram *estreptococos mutans* na idade de 2 anos, mostraram posteriormente a maior atividade individual da doença cárie. Este estudo mostrou

também, que os valores dos índices da doença cárie (ceo-s) diferem significativamente de acordo com os diferentes períodos de aquisição dos *estreptococos*. Esses valores foram de 10,6 superfícies comprometidas nas crianças contaminadas até 2 anos de idade; os valores para as crianças que adquiriram os microorganismos em uma idade mais avançada foram de ceo-s igual a 3,4 e ainda para os participantes do estudo em que os *estreptococos mutans* não foram detectados até os 4 anos, os valores ceo-s verificados foram de 0,3. A partir desses dados, concluíram que a colonização precoce dos *estreptococos mutans* na placa bacteriana de incisivos decíduos indicará um maior risco à doença cárie e um surto também precoce e extensivo da doença na dentição decídua jovem.

Já Brown; Junner; Liew (1985) comentaram que crianças cujos pais possuem altos níveis de *estreptococos* do grupo *mutans* têm um grande risco de serem infectadas. O estudo revela que a transmissão de bactérias para a criança pode ocorrer a partir de familiares, especialmente a partir da mãe. A conclusão encontrada, suporta que há uma relação significativa entre o número de *estreptococos mutans* presente na saliva das mães e suas crianças.

Li e Caufield (1995) apresentaram um estudo que objetivou determinar a história natural da transmissão de *estreptococos* do grupo *mutans* de mãe para filho, através da constatação da semelhança de genótipos das bactérias entre os pares de mães-crianças, no período de aquisição inicial do microorganismo. A colonização bacteriana das mães e bebês foi monitorada de 3 em 3 meses, desde o nascimento até os 3 anos de idade das crianças. Como resultado, os genótipos de *estreptococos mutans* evidenciados nas crianças na ocasião da aquisição inicial, foram idênticos aos de suas mães em 71% dos 34 pares de mães e filhos estudados, sugerindo enfaticamente que as mães são as maiores fontes desses microorganismos para seus filhos. O fato das bactérias terem sido isoladas no momento da aquisição inicial pelos bebês, aumenta a probabilidade da combinação de linhagens da bactéria mãe-filho, uma vez que os autores observaram uma diminuição da concordância dos genótipos de *estreptococos mutans* entre mães e filhos à medida que a criança aumenta sua idade. As meninas adquiriram no estudo, linhagens de *estreptococos mutans* idênticas aos de suas mães com fidelidade significativamente maior do que os meninos (88% e 53%, respectivamente), o que sugere que a transferência da bactéria exibe uma especificidade para sexo, embora os autores não saibam explicá-

la. Em nenhum caso do trabalho foi observado homologia de genótipos entre pais e filhos, ou pais e mães, reforçando a noção de que a aquisição de *estreptococos mutans* em humanos segue linhas maternas. Ainda observaram que os dentes das crianças com linhagem da bactéria que combinavam com as de suas mães, eruparam mais cedo do que nas crianças cujas cepas das bactérias não coincidiam. Concluíram que estudos futuros deverão explorar o papel do sistema imunológico, se existente, no direcionamento da aquisição do *estreptococos mutans* em crianças. E assim, com a utilização de técnicas de biologia molecular mais sensíveis e de maior produtividade, como as que evidenciam a diversidade genética no DNA cromossômico, demonstrou-se que as cepas isoladas de pares de mãe-filho apresentam idêntico perfil, dando suporte à idéia de transferência a partir das mães, sugerindo que a transmissão do *estreptococos mutans* está provavelmente confinada dentro de discretos pareamentos familiares, sendo o "fingerprinting" genômico útil para estudar as infecções pelo grupo mutans entre humanos.

Corrêa(1998) comentou que a "janela de infectividade" nas crianças brasileiras ocorre precocemente, e grande porcentagem das crianças aos 30 meses de idade já se encontra infectada.

Brambilla et al. (1998) comentaram que crianças cujas mães tem altos níveis salivares de *estreptococos mutans*, correm um grande risco de serem infectadas precocemente e desenvolverem grande número de lesões de cárie na dentição decídua. Neste estudo, os autores avaliaram se a redução durante a gravidez através de um regime preventivo, do nível de *estreptococos mutans* numa amostra de mulheres altamente infectadas, poderia influenciar a transmissão mãe-criança dessa bactéria. Foram selecionadas 65 gestantes na última semana do terceiro mês de gestação, com níveis de *estreptococos mutans* maiores que 10^5 unidades de colônias formadas por mililitro de saliva. As gestantes foram divididas em um grupo experimental, submetido a um esquema preventivo que incluiu aconselhamento de dieta, profilaxia profissional, instruções de higiene oral, bochechos diários com solução de fluoreto de sódio 0,05% e clorexedina 0,12%, e em um grupo controle, que diferenciou-se por não receber os bochechos de flúor e clorexedina. A colonização de bactérias nas gestantes foi avaliada aos 3, 6 e 9 meses de gestação e 6, 12, 18 e 24 meses após o parto. A saliva dos bebês foi testada nas idades de 6, 12 e 24 meses. Concluíram que quando o programa mínimo de prevenção da cárie e

aconselhamento de dieta, profilaxia profissional, orientação de higiene e bochechos diários com solução de flúor 0,05% e clorexedina 0,12% foi instituído em um grupo experimental de gestantes, conseguiu-se poucas crianças infectadas com *estreptococos mutans*, quando comparadas ao grupo controle. E ainda nestas poucas crianças contaminadas, a infecção ocorreu em uma idade mais avançada quando comparada ao grupo controle. Portanto, as medidas cárie-preventivas reduziram o nível de *estreptococos mutans* nas mães do grupo experimental, com uma interferência bem sucedida na transmissibilidade dessa bactéria, evitando ou retardando a colonização nas respectivas crianças, com redução concomitante no risco de lesões de cárie na dentição decídua.

Torres et al. (1999) considerando que a aquisição precoce dos *estreptococos mutans* é dependente do nível de colonização apresentado pelas mães, analisaram a situação bucal de gestantes residentes em Bauru-SP – Brasil, a fim de relatar os níveis de infecção na cavidade bucal de futuras mães brasileiras. Foram selecionadas 50 gestantes na faixa etária de 16 a 37 anos e de baixo nível sócio-econômico. A condição bucal foi avaliada pelo índice CPO-S e amostras de saliva estimulada foram obtidas e manipuladas para pesquisa do grupo *mutans*. Os resultados obtidos demonstraram uma precária condição de saúde bucal das gestantes com o índice CPO-S médio de 37,1; o grupo *mutans* foi detectado em 96% das amostras de saliva e na maioria das futuras mães o nível de infecção pelo grupo *mutans* foi compatível com a possibilidade de transmissão precoce aos seus futuros filhos. Entre essas, 20% mostraram $2,5 \times 10^5$ UFC/ml; 24% evidenciaram 5×10^5 UFC/ml e 16% apresentaram 1×10^6 UFC/ml. Os dados obtidos na análise da taxa de secreção salivar, indicaram que 34% das gestantes poderiam ser consideradas como de risco à doença cárie, pelo fato de apresentarem fluxo salivar baixo (inferior a 1,0 ml/min). Quanto às demais, 52% apresentaram fluxo entre 1,0 e 2,0 ml/min e 14% acima de 2,0 ml/min.

Os resultados permitem então classificar como sendo de risco à doença cárie, 30% das gestantes em relação ao fluxo salivar e 60% delas com base nos níveis salivares para o grupo *mutans*. Concluíram a partir dessa condição, que há uma necessidade premente da implantação de programas preventivos, com informações às futuras mães sobre o papel das principais bactérias cariogênicas e do seu próprio papel na transmissão; a importância do consumo de açúcar para o início das lesões

de cárie; as técnicas de higienização da cavidade bucal, conscientizando as gestantes para melhorar a condição de sua saúde bucal, a fim de criar bons hábitos que venham a ser aplicados aos seus bebês. O período pré-natal é colocado como ideal para tal pretensão, pelas gestantes disporem de mais tempo para a correta adequação da cavidade bucal e desenvolverem uma gradual conscientização da importância de manter boas condições de saúde bucal que diminuirão ou irão protelar a infecção das suas crianças.

Rosa e Sanches (2000) comentaram a respeito do momento da colonização da boca pelos *estreptococos mutans*, que embora esses microorganismos possam ser encontrados como habitantes transitórios em bebês desdentados, eles necessitam de uma superfície dura, não descamativa para sua colonização, sendo detectados somente após a erupção de alguns dentes e na dependência dos níveis salivares maternos do microorganismo. A correlação quantitativa entre os níveis salivares de *estreptococos mutans* é mais evidente entre as mães e seus bebês, pois quando ela apresenta altos níveis salivares da bactéria, ou até mesmo baixas concentrações da bactéria com freqüentes transferências para o bebê, torna-se uma fonte de infecção muito próxima da criança. O uso de um talher próprio da mãe para alimentar o bebê poderá introduzir de uma vez, várias centenas de microorganismos em sua boca; objetos como copos e talheres contaminados poderão abrigar a bactéria em questão por várias horas. O fato de bebês não serem freqüentemente colonizados por outras pessoas que não suas mães, e essas por outro lado, inocularem facilmente o *estreptococos mutans* em seus filhos, sugere que o sistema imune da criança pode ser capaz de selecionar os microorganismos para a colonização, com preferência para variedades derivadas das mães. Quando observa-se que bebês com contatos salivares freqüentes com suas mães apresentam menor número de *estreptococos mutans* e menos lesões de cárie, sugere-se que a exposição da criança a antígenos bacterianos maternos antes da erupção dental, pode aumentar a resistência do bebê à infecção por este microorganismo. Por outro lado, contatos salivares raros entre mães e bebês deixariam o sistema imunológico dessa criança inadequadamente estimulado contra *estreptococos mutans*, e assim, a colonização poderia ocorrer facilmente, mesmo que o contato com o microorganismo fosse esporádico. Uma tentativa de redução do nível de *estreptococos mutans* nas mães durante o período de erupção dos dentes

decíduos, poderá prevenir ou adiar a colonização por essa bactéria na criança por um longo período de tempo.

Confirmando as idéias anteriores sobre transmissibilidade, concluíram que as mães são realmente a principal fonte de infecção e, portanto, gestantes e mães de bebês são o alvo de medidas de educação, para que evitem a transmissão dos *estreptococos mutans*, uma vez que a infecção precoce por este microorganismo aumenta o risco de cárie na dentição decídua. Apesar disso, sugeriram que se façam estudos para estabelecer o papel da frequência de contatos maternos para a transmissão, a transmissão extrafamiliar e o papel dos anticorpos em relação ao risco de cárie em crianças.

2.8 Amamentação natural

Algumas considerações sobre a amamentação natural devem ser feitas nessa revisão de literatura para esclarecer como os autores colocam as vantagens dos aspectos nutritivos, imunológicos, afetivos e de desenvolvimento e crescimento facial desse tipo de aleitamento.

Akpabio (1996) comentou a postura da Organização Mundial da Saúde em encorajar ativamente, através de campanhas, o aleitamento natural dos bebês em substituição a amamentação na mamadeira. Em geral, essa orientação é reforçada pela afirmação de que o leite materno é a melhor fonte de nutrientes para o bebê recém-nascido, devendo ser fornecido após o nascimento, tão logo seja possível. Afirmou que a prática de amamentação natural está associada com uma baixa prevalência da doença cárie.

Fraiz (1996) salientou que o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, além de permitir um desenvolvimento facial harmônico, diminui a possibilidade de ingestão de alimentos açucarados. Apesar dessas vantagens da amamentação natural, colocou que tem sido demonstrado no Brasil, o desmame em uma fase precoce. O autor comentou que quando descrevem-se lesões de cárie associadas ao aleitamento materno, geralmente o padrão de consumo do leite é atípico, envolvendo grande demanda de frequência diária e tempo de consumo bastante longo, chegando às vezes há mais de 3 anos e principalmente com mamadas noturnas. Na experiência clínica, observa-se que as crianças com este tipo de lesão, frequentemente, dormem na mesma cama que a mãe e são amamentadas sempre

que a solicitam. Portanto, o autor afirmou que este não é um modelo comum e que crianças amamentadas com aleitamento materno dentro de padrões normais, não possuem este tipo de lesão.

Zuanon et al. (1999) analisaram a influência da amamentação natural e artificial no desenvolvimento de hábitos bucais de 594 crianças entre 3 e 7 anos de idade em Araraquara, São Paulo, Brasil. Após o levantamento dos dados, que foram coletados através de questionários sobre o tipo, tempo de aleitamento e presença de hábitos, concluíram que: a medida que aumenta o período de amamentação natural, diminui a incidência de hábitos orais; as crianças amamentadas somente no peito apresentaram menor incidência de hábitos (36,6%); não houve diferença significativa entre o desenvolvimento de hábitos de sucção para as crianças amamentadas artificialmente, e para aquelas que receberam amamentação mista. Ressaltaram ainda, que além da segurança e equilíbrio psico-emocional, estabelecimento da relação afetiva entre mãe e filho, proteção imunológica, anti-alérgica, economia e praticidade, a amamentação natural durante o início da vida da criança, promove também o correto desenvolvimento das estruturas do aparelho estomatognático, dando condições favoráveis para que haja harmonia facial, muscular e esquelética.

Bistulfi (2000) enfatizou que na amamentação a criança desenvolve os músculos da face que serão responsáveis pela mastigação e pela fala. Durante a amamentação no seio, a criança movimenta até 3500 vezes os músculos da face, e assim desenvolve seu sistema sensório-motor; na amamentação com mamadeira, a criança movimenta metade dos músculos em relação ao método natural. Para assemelhar mais este uso da mamadeira ao aleitamento materno, deve-se fazer orifícios pequenos nas mamadeiras, para que o bebê necessite fazer força ao sugar, e assim consiga um melhor desenvolvimento muscular. Chamou a atenção para a importância do bebê mamar nos dois seios em cada mamada, como forma de auxiliar o desenvolvimento dos músculos e percepção dos dois lados da face, postura que deve ser mantida quando for introduzido o uso da mamadeira. Isso evitará que se desenvolvam mais os músculos da face de um lado do que de outro, evitando no futuro, algumas mordidas cruzadas e a necessidade de aparelhos ortodônticos, além de ajudá-lo no desenvolvimento de lateralidade. Tanto a mamadeira como o aleitamento materno devem ser dados, segundo o autor, até o

momento que o bebê consiga usar o copo (11 meses - 1 ano de idade), podendo-se utilizar os copos que tem bicos para esta transição.

2.9 Hábitos alimentares do bebê

A questão da alimentação da criança nos primeiros anos de vida também deve ser bem entendida pela gestante e futura mãe, com o intuito de prevenção da doença cárie, uma vez que esta é dita como uma doença infecciosa açúcar-dependente, conclusão amparada por grande parcela da evidência científica contemporânea.

O início do estabelecimento de hábitos alimentares do bebê, ocorre com o desmame. Deve-se evitar nesta fase do desenvolvimento da criança, tranquilizá-la com mamadeiras contendo líquidos açucarados. Se o bebê necessitar da mamadeira para confortá-lo e adormecer, deve-se oferecê-la com água pura que não oferecerá risco algum à dentição. Chupetas mergulhadas no mel também oferecem perigo, criando um ambiente propício ao desenvolvimento da doença cárie. Para controlar esta instalação, deve-se ainda evitar que leite ou qualquer líquido que possa propiciar a doença fique durante um longo período em contato com os dentes do bebê (CONSUMER'S GUIDE TO DENTAL HEALTH, 1982). Deve-se também entender, que os chamados açúcares naturais como o mel, açúcar mascavo e xaropes são tão nocivos quanto o açúcar refinado e então não podem ser utilizados como substitutos seguros.

Rossow; Kjaernes; Holst (1990) em seu estudo sugeriram que os padrões de consumo de açúcar parecem ser estabelecidos já durante o desmame e a infância, e os níveis de consumo aumentam até os 2 anos de idade. Padrões de dieta contendo consumo de açúcar freqüente, precocemente estabelecidos, são desfavoráveis à saúde bucal. Por essa razão, após o período de desmame (6 a 12 meses), o aconselhamento dietético é bastante importante devido a dúvidas que aparecem. O principal ponto é introduzir a criança à dieta usual da família. Contudo, afirmaram que esta etapa favorece um aumento do consumo de gordura e açúcar à criança.

Associaram ainda o grau de escolaridade das mães com o índice de consumo de açúcar nas crianças e concluíram que crianças de mães com baixo nível de escolaridade consomem açúcar mais freqüentemente do que crianças de mães com melhor nível de escolaridade. Salientaram que o consumo de açúcar nos bebês e

nas crianças de pouca idade (1 a 3 anos), não diz respeito somente ao comportamento próprio da criança, mas sobretudo ao comportamento dos pais, que mais tarde será adotado pela criança. Comentaram ainda, que nas atitudes paternas, a oferta de bebidas e alimentos doces às crianças servem como um reforço de conforto ou substituto de atenção à criança.

Um estudo realizado por Holbrook (1993) avaliou, por meio de questionários, 158 crianças pré-escolares na Islândia, a sua prevalência de cárie e a relação com vários fatores como a frequência no consumo de alimentos, bebidas e medicamentos pediátricos contendo açúcar. Afirmou que crianças jovens têm maior incidência da doença cárie após o uso frequente de medicamentos pediátricos contendo açúcar; e que este fato diminui ou até desaparece em crianças por volta de 6 anos de idade, época em que estes medicamentos são menos utilizados, refletindo o declínio de infecções com a idade e também devido à preferência, nessa faixa etária, por prescrição de outras formas medicamentosas (comprimidos) às suspensões ou xaropes.

Neste mesmo ano, Rocha (1993) comentou que grupos de gestantes de baixo nível sócio-econômico não tinham conhecimento acerca dos prejuízos que poderiam atingir a saúde bucal da criança, em decorrência do tempo de amamentação prolongada e do uso indevido da mamadeira.

Segundo Akpabio (1996) a época conhecida como "desmame" é fundamental na determinação dos hábitos alimentares do bebê. Enfatizou que em várias sociedades observa-se que a introdução de alimentos e bebidas contendo altos níveis de açúcar poderá resultar no desenvolvimento da doença cárie, em uma idade precoce da criança. Como uma das piores modalidades da doença, têm-se a chamada "cárie rampante" definida como um rápido ataque a todos os dentes da criança, incluindo aquelas superfícies que usualmente tem baixa probabilidade de serem envolvidas. A doença instala-se na dentição decídua e está associada com a ingestão frequente de açúcar, comumente em mamadeiras contendo líquidos açucarados, especialmente oferecidos à criança durante o sono. O uso prolongado e frequente de medicações contendo açúcar, também poderá implicar nesta situação de cárie rampante. Atualmente, há uma maior consciência do aumento do risco à doença cárie que esses medicamentos com açúcar ingeridos com frequência

poderiam causar, e por isso o número de preparados sem açúcar tem aumentado, a fim de controlar esse inconveniente.

Concluiu que a mãe tem um papel bastante significativo não somente durante a gestação, através da sua dieta, mas também durante a infância no momento da escolha dos alimentos na fase do desmame e métodos de aleitamento que serão ofertados à criança. Além de salientar os efeitos da alimentação da mãe lactante sobre a condição bucal da criança, citando por exemplo, que se uma mãe durante a amamentação consome açúcar com frequência, a criança irá adquirir predileção similar por açúcar ainda em uma idade bem precoce.

Para avaliar o conhecimento de mães e gestantes sobre os prejuízos do açúcar e as necessidades de higiene bucal em bebês, ROSA et al. (1996) aplicaram um questionário a respeito de diversos fatores sobre promoção da saúde bucal em crianças, incluindo estes dois tópicos essenciais. Os autores concluíram que a maioria das mães abordadas (75%) fornecia mamadeiras noturnas com açúcar para os bebês, e também não reconhecia a necessidade de higienizar os dentes da criança após esta mamadeira.

No que refere-se aos hábitos alimentares do bebê, Fraiz (1996) afirmou que o aconselhamento dietético é uma das bases de um programa efetivo de prevenção e manutenção de saúde bucal nessas crianças, não somente porque sem ele há a possibilidade da doença cárie se instalar em uma idade precoce, mas também porque os hábitos alimentares adquiridos na infância, formarão a base do futuro padrão alimentar. Mais tarde, a modificação dos hábitos alimentares, assim como a introdução de métodos preventivos, pode ser uma tarefa difícil se os hábitos saudáveis não forem estabelecidos desde o nascimento.

Quanto à introdução da amamentação artificial na alimentação do bebê, o autor comentou que diferenças sociais implicam em diferentes hábitos alimentares, com potenciais cariogênicos distintos e que aspectos sociais, econômicos e culturais levam ao desmame precoce, sendo que o aleitamento artificial viabiliza a introdução da sacarose na dieta, que é normalmente adicionada ao leite bovino para o consumo em mamadeiras. Além disso, muitos leites de fórmulas indicados para o lactente, já possuem em sua composição quantidades consideráveis de sacarose. Somam-se a essa desvantagem do aleitamento artificial em bebês, mais alguns fatores negativos. A cariogenicidade de qualquer alimento está associada ao seu tempo de remoção

total da boca. Em bebês, esse tempo de retenção dos alimentos na cavidade bucal é bem maior do que em outras faixas-etárias, uma vez que a velocidade do fluxo salivar está diminuída, os movimentos musculares da mímica facial também estão reduzidos e a ação da língua na auto-limpeza não é tão efetiva; o método de ingestão do leite, ou seja, a mamadeira, interfere diretamente, aumentando o tempo de permanência dos resíduos alimentares na cavidade bucal e determinando cariogenicidade; o momento de uso desse método de aleitamento que freqüentemente é noturno, aumenta também sensivelmente o desafio cariogênico, pois o leite permanece maior tempo na cavidade bucal, pela diminuição dos reflexos de deglutição e movimentos musculares e pelo menor fluxo salivar. Assim, o autor afirmou que o uso da mamadeira parece estar associado a um padrão comportamental e um estilo de vida que apresentam diversos fatores capazes de contribuir para a determinação de um perfil de alto risco à cárie.

O autor assinalou que o desmame propõe à criança, além do hábito da mamadeira, um período de acomodação à alimentação da família e normalmente são oferecidos alimentos doces que culturalmente representam afeto e amor. Considerando que em bebês a microbiota bucal está sendo definida, e a implantação de *estreptococos* do grupo *mutans* é facilitada pela presença de sacarose na dieta, este aumento na freqüência do consumo de açúcar poderá aumentar a contagem destes microorganismos e fornecer substrato para a produção de glicanos extracelulares e para diminuição do pH da placa dental. Enfim o autor confirmou que crianças com patologias crônicas, que fazem uso de medicamentos com alta concentração de sacarose por longos períodos, terão o risco à doença cárie aumentado, especialmente se a ingestão do medicamento ocorrer durante o sono.

Stecksén-Blicks e Borssén (1999) em um estudo na Suécia, comprovaram que após o aconselhamento dietético fornecido aos pais de crianças com alto consumo de açúcar, a grande maioria das crianças diminuiu este consumo, indicando claramente que informações sobre o uso correto do açúcar foram eficazes.

Considerando o estabelecimento da associação entre a ingestão freqüente de medicamentos e o aumento da prevalência e atividade da cárie dentária em crianças, Lima; Almeida; Senna (2000) propuseram-se em seu estudo, a avaliar 40 medicamentos pediátricos mais vendidos na região sul do Brasil, quanto ao

edulcorante presente em sua composição e o pH endógeno de cada um deles, apresentados em diferentes formas medicamentosas.

Os medicamentos foram divididos em nove grupos, conforme sua classe terapêutica: analgésico, antialérgico, antibiótico, antiepilético, antiinflamatório, antiparasitário, broncodilatador, descongestionante e mucolítico. A identificação do edulcorante foi feita pela leitura da bula de cada medicamento ou por informações fornecidas pelos laboratórios e a determinação do pH foi feita por meio de pHmetro. Os resultados acerca dos agentes edulcorantes só puderam ser obtidos em 24 medicamentos, uma vez que nos outros 16, nem as bulas e nem as indústrias farmacêuticas especificaram esses dados. O grupo de medicamentos que apresentou apenas a sacarose como edulcorante foi o de antibióticos. A sacarose foi encontrada como edulcorante principal em 75% dos analgésicos, 67% dos antialérgicos, 100% dos antibióticos, 50% dos antiepiléticos, 33% dos antiinflamatórios, 100% dos antiparasitários, 50% dos broncodilatadores, 100% dos descongestionantes e 25% dos mucolíticos. Os resultados mostraram que 58,3% dos medicamentos avaliados apresentaram a sacarose como principal edulcorante e 78% apresentaram seu pH endógeno inferior ao pH crítico de 5,5.

Os autores concluíram que como a sacarose predomina como edulcorante e a grande maioria dos medicamentos apresenta pH abaixo do valor crítico, deve ser fornecida especial atenção a esse aspecto para o diagnóstico do risco e atividade da doença cárie, bem como no planejamento do tratamento em crianças com uso freqüente desses medicamentos, por apresentarem doenças crônicas ou recorrentes.

2.10 Visitas odontológicas do bebê

Um dos questionamentos que colocou-se às gestantes neste presente estudo, foi a época em que estas levariam seus filhos pela primeira vez ao consultório odontológico e, portanto, esta questão será revisada a seguir.

Deve-se tentar fazer da primeira visita ao consultório odontológico, uma alegre e grande aventura, para que o bebê inicie um bom convívio com a equipe odontológica, o que determinará provavelmente, um bom comportamento futuro da criança (CONSUMER'S GUIDE TO DENTAL HEALTH, 1982).

Walter e Issao (1994) concluíram que a prevenção da doença cárie em bebês é maior quando ocorre antes dos 12 meses de idade, e que diminui com o aumento desta; recomendaram também que a época ideal para a primeira visita ao odontopediatra seja antes da erupção dos primeiros dentes decíduos. Relacionando a idade com a probabilidade de prevenção, observaram que quando a intervenção preventiva é realizada entre 0 e 12 meses, a probabilidade de prevenção é de 96,2%; de 24 a 36 meses é de 51,0% e esta probabilidade diminui para 25% quando as medidas preventivas iniciam-se a partir dos 48 meses de idade.

Bistulfi (2000) sugeriu que a primeira visita ao cirurgião-dentista deva acontecer em qualquer momento da gravidez, quando a mãe receberá as orientações corretas para o seu bebê, ou então logo após o nascimento. A próxima visita deverá acontecer aos 6 meses de idade, época que poderá ocorrer a erupção dos primeiros dentes. Depois, por volta de 1 a 1^{1/2} ano, onde terão ocorrido, então, grandes mudanças na vida do bebê e em sua boca. É importante a ida ao consultório odontológico nesta fase, para reconhecer o dentista, criar um vínculo de amizade e confiança com o profissional e conhecer o ambiente do consultório.

A prevenção é a filosofia da boa saúde no futuro; pode-se felizmente prevenir qualquer tipo de doença bucal, quando o paciente é atendido na época correta. A prevenção de doenças bucais não se limita somente em evitar lesões de cárie, mas também problemas gengivais, musculares, faciais, fonoaudiológicos, ortodônticos e estéticos. Muitos dos tratamentos prolongados e dispendiosos durante a adolescência, poderiam ter sido evitados apenas com informações e orientações durante a gestação e com medidas preventivas na primeira infância (BISTULFI, 2000). Outro fato de extrema importância na primeira visita odontológica do bebê é orientar quanto aos hábitos de sucção não nutritivos que possam se instalar precocemente. O autor observou que todos os bebês tem necessidade de sucção. Existem bebês que se satisfazem apenas com as mamadas, e outros que necessitam de mais, o que é demonstrado quando os bebês já na maternidade ou no primeiro mês de vida começam a sugar outros objetos como panos, brinquedos e até a própria mão ou polegar após as mamadas. Para estes últimos, recomenda-se a introdução do uso da chupeta, por ser posteriormente mais fácil removê-la, do que remover o hábito de sucção digital. A chupeta deve ter o formato mais parecido possível com o do bico do seio da mãe. O momento de remover o hábito da chupeta

deve ser de preferência após os 3 anos de idade, porque a criança já passou pelo período das primeiras descobertas do mundo, e pode se sentir mais segura e tranqüila.

2.11 Hábitos de higiene bucal do bebê

Tendo visto que um dos objetivos das primeiras consultas odontológicas é transmitir às gestantes e mães as orientações a respeito da higiene bucal em bebês, deve-se considerar esta essencial etapa da educação para a saúde. Segue então, uma revisão sobre o assunto.

No estudo de Edwards e Rowntree (1969), no qual questionaram gestantes primíparas da Inglaterra sobre os conhecimentos relacionados aos cuidados bucais dos bebês, encontraram que 71% das mulheres pretendiam limpar os dentes do bebê; 21% delas afirmaram não ter esta pretensão, e os motivos apresentados para este comportamento foram: pela possibilidade de machucar o bebê (22,2%), por achar desnecessário (28,6%), ou ainda pela dificuldade inerente a este procedimento (9,5%). Uma pequena porcentagem de 7,7% das entrevistadas, relataram não saber se fariam ou não a limpeza dos dentes do bebê.

O CONSUMER'S GUIDE TO DENTAL HEALTH (1982), relatando sobre os cuidados a serem seguidos com os bebês, afirmou que a etapa mais importante dos cuidados com a higiene bucal deve acontecer em casa, quando as crianças aprendem bons hábitos de saúde bucal com seus pais, sendo que a melhor forma dos problemas não ocorrerem, é seguir algumas medidas saudáveis que garantirão a saúde bucal da criança futuramente. Algumas destas medidas são uma alimentação idealmente balanceada, evitando-se o açúcar, a não introdução de guloseimas ou líquidos açucarados a esta dieta, hábito de escovação e uso de fio dental diariamente, e um exame bucal regular no consultório odontológico para que se observem precocemente, possíveis alterações.

Por fim, o guia aborda mais alguns itens que determinarão bons hábitos de saúde bucal nas crianças futuramente: iniciar a limpeza dos dentes do bebê diariamente tão logo os primeiros dentes irrompam na cavidade bucal; não oferecer ao bebê mamadeiras com leite ou líquidos açucarados nem para que ele adormeça nem durante o sono; iniciar as visitas odontológicas precocemente; executar escovação e uso de fio dental supervisionados pelos pais até a idade que a criança consiga fazê-lo sem ajuda. Também sugere que tão logo os primeiros dentes

irrompam na cavidade bucal, deve-se iniciar a limpeza utilizando uma gaze ou uma fralda para remover suavemente a placa bacteriana instalada, que inicia sua formação assim que o dente apareça na cavidade bucal. Esta sensação de "boca limpa" é o mais importante passo para que se estabeleçam bons hábitos de cuidados com a higiene dental.

Bistulfi (2000) recomendou que a higiene bucal no bebê, enquanto não existem dentes, deve ser feita todos os dias após as mamadas. Orientou que se utilize uma gaze ou fralda envolta no dedo, embebida em água morna, e fazendo-se movimentos rotativos por todo o rodete gengival e língua. Durante a higiene, a cabeça do bebê deverá estar encostada no peito da mãe, para que ele ouça as batidas do coração. As dedeiras de borracha com escova na ponta também podem ser utilizadas nesta etapa. O importante é que a limpeza seja feita sempre no mesmo horário para que se crie o hábito e com o tempo, pode-se eleger as três mamadas do dia que terão a higiene após, para que o bebê comece a ter o hábito dos horários das futuras escovações.

Moura et al. (2001) sugeriram que na primeira consulta sejam dadas as orientações quanto à higiene bucal, e que essa seja feita com uma fralda envolvida no dedo indicador e umedecida com água filtrada ou fervida. Com a erupção de incisivos, recomendaram que a higiene bucal seja feita com fralda acrescida de um pouco de creme dental, e por fim, com o aparecimento dos molares que se inclua o uso de escovas e cremes dentais infantis, colocados na escova pela técnica transversal.

2.12 Estudos sobre o nível de conhecimento

Por fim, será feito um apanhado da literatura sobre os estudos semelhantes ao proposto no presente trabalho, cujos resultados serão posteriormente debatidos na discussão do mesmo.

Edwards e Rowntree (1969) ao entrevistarem 300 mulheres primíparas na Inglaterra com uma média de idade de 22 anos, avaliaram o conhecimento, atitudes e o comportamento com relação à própria saúde bucal das gestantes e também de suas crianças. Notaram nos resultados, uma acentuada falta de conhecimento da doença periodontal, e que várias mulheres escovavam seus dentes com menos frequência na gravidez, devido ao sangramento da gengiva. Somente 22,8% das

entrevistadas responderam que a razão para a escovação era que estavam cientes das possíveis repercussões dentárias se não o fizessem; e também 23,3% demonstraram ignorância sobre a prevenção de lesões de cárie na primeira dentição. Nesse estudo, houve diferenças nas respostas quanto à idade e ao grau de escolaridade das entrevistadas, sendo que a grande proporção de mulheres mais velhas e também aquelas com maior escolaridade, tiveram um grau de conhecimento mais satisfatório.

Lee (1984) relatou o estudo realizado no Departamento de Saúde de Vancouver com pais que realizavam o pré-natal e foram avaliados quanto aos seus conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre saúde bucal. A enquete constituiu-se de um questionário contendo 36 perguntas às gestantes e 33 perguntas aos futuros pais. Um total de 374 questionários foi preenchido, sendo que 240 deles pelas gestantes e 134 pelos pais, os quais foram separados, enquanto respondiam. A idade das mulheres questionadas variou entre 17 e 45 anos, com média de 25,8 anos, enquanto que nos homens abrangeu de 19 a 37 anos, com média de 31,7 anos para os futuros pais.

Os resultados desse estudo refletiram um limitado impacto dos programas de educação para saúde bucal sobre a população. Especificamente, 90% das gestantes e 88% dos futuros pais acreditaram que a cárie dentária pudesse ser prevenida e 79% das gestantes e 84% dos pais consideraram possível a prevenção de doenças periodontais. Quando questionou sobre a importância da dentição decídua, 21% das mulheres e 37% dos homens relataram ser menos importante que a dentição permanente ou ainda que não sabiam responder. O autor relatou ainda, quanto ao comportamento dos futuros pais e seus cuidados de higiene, que 79% das mulheres e 54% dos homens responderam fazer escovação duas ou mais vezes ao dia. E ainda, quando foram questionados sobre o uso do fio dental, somente 39% das mulheres e 21% dos homens disseram que utilizavam esta prática no mínimo uma vez ao dia. Quando perguntou sobre visitas ao consultório odontológico durante a gestação, 53% das grávidas afirmaram a intenção em fazê-la. Entre aquelas que responderam não pretender consultar o cirurgião-dentista durante a gravidez, muitas citaram o risco de radiação sobre o feto como o principal motivo. Outros motivos citados, incluíram danos ao bebê pela anestesia e desconforto ou dor a elas mesmas. Quanto aos cuidados futuros que os pais deveriam ter com os dentes

decíduos de bebê, 85% das futuras mães afirmaram que a sua pretensão seria de cuidar daquela dentição, enquanto que apenas 66% dos futuros pais indicaram tal intenção.

Esclareceu que os resultados de seu estudo indicaram que o nível de conhecimento sobre saúde bucal é maior entre as mulheres que entre os homens, e mais relevante ainda, que as mulheres mostraram um padrão de comportamento relativo à saúde bucal mais preventivo que os homens. As questões relativas ao futuro bebê, mostraram uma grande falta de informações corretas sobre flúor e sobre a importância da dentição decídua.

No estudo de Misrachi e Sáez (1989) (apud MENINO; BIJELLA, 1995) após entrevistarem 50 mães, verificaram que a hereditariedade, a gravidez e fatores congênitos são as causas mais citadas pelas gestantes para a doença cárie e 100 % das gestantes citaram "dor de dente" e "coceira" na gengiva como problemas de saúde bucal. Estes autores concluíram que o conceito de doença em relação aos dentes e tecidos de suporte não tem sido assimilado pela população como se espera.

Rocha (1993) em entrevistas com 304 gestantes, verificou que a frequência de três escovações diárias foi encontrada em 54,3% das grávidas; 64,5% das gestantes entrevistadas, responderam que todos terão dentes comprometidos e 62,2% acreditaram que os dentes permanentes não tem durabilidade por toda a vida; 38,2% das gestantes afirmaram que sua gengiva sangrava e a grande maioria delas afirmou que isto já acontecia antes da gestação.

Menino e Bijella (1995) realizaram entrevistas com um grupo de gestantes dos Núcleos de Saúde de Bauru, com objetivo de avaliar a necessidade de saúde bucal, o conhecimento sobre a sua própria saúde e a saúde de suas crianças. A amostra constou de 150 gestantes, com idades entre 13 e 44 anos (média de 23,7 anos) e de nível sócio-econômico e de instrução baixos. As questões abordadas foram: o entendimento sobre o processo saúde/doença bucal, os meios de prevenção, cultura popular e gravidez, valor atribuído à saúde bucal, hábitos e práticas de autocuidado e busca de tratamento odontológico. A coleta dos dados foi feita através de um questionário onde foram abordados: dados pessoais, características sócio-econômicas e conhecimento das gestantes com relação a sua própria saúde. No item conhecimento das gestantes sobre sua saúde bucal,

perguntaram sobre: a cárie e a doença periodontal, durabilidade dos dentes, o uso do flúor, sua saúde geral e bucal, a frequência de visitas ao consultório odontológico durante a gravidez, cuidados de higiene bucal e orientação já recebidas sobre saúde bucal antes e durante o período de gestação.

Na pergunta "O que é cárie?" das 150 gestantes, 64 delas (42,7%) responderam que não sabiam; a resposta mais comum foi a de 28 gestantes (18,7%) que responderam que cárie é um dente "furado", estragado, podre, sujo; 20 das gestantes (13,3%) responderam que é uma mancha (amarela, preta ou marrom) no dente, mostrando que 91,3% conheceram a doença cárie, mas não sabiam defini-la. As grávidas, ao responderem estas questões, sempre comentavam que se tivessem os devidos cuidados, boa higiene bucal e fizessem visitas periódicas ao consultório odontológico, não teriam dentes comprometidos e assim com duração por toda a vida.

Quando perguntaram sobre sangramento gengival, 43,3% comentaram que a gengiva sangrava e dessas 76,9% responderam que já sangrava antes da gestação; e 23,1% disseram que o sangramento iniciou na gestação. Quanto à procura ao consultório odontológico durante a gravidez, apenas 26 gestantes entrevistadas (17,3%) foram ao consultório dentário, sendo que 57,7% delas foram em busca de um tratamento normal e 42,3% foram à procura de atendimento de urgência. Das 124 gestantes (82,7%) que não foram ao cirurgião dentista, 52,4% responderam que não houve necessidade e 20,2% não o fizeram devido à gestação.

Com relação ao auto-cuidado das gestantes com higiene bucal, a maioria delas (98,7%) possuía uma frequência de escovação de mais de uma vez ao dia: 45,3% escovavam três vezes ao dia, 32% escovavam quatro vezes ao dia, 8,7% escovavam cinco vezes ao dia e 2,7% delas escovavam seis vezes ao dia; 42% das gestantes faziam uso do fio dental como meio auxiliar de higiene bucal.

Quando questionaram o conhecimento dos problemas bucais que ocorrem na gravidez, das 66 gestantes (44%) que responderam que estes problemas realmente ocorrem, 25,8% (17 gestantes) afirmaram que este problema é o aumento de lesões de cárie, 15,2% (10 gestantes) concluíram que é o sangramento gengival e a maioria delas, 37,9% (25 gestantes), entre outras respostas menos relevantes, afirmou que o problema bucal decorrente da gravidez é o enfraquecimento dos dentes, devido à

retirada de cálcio dos elementos dentários pelo bebê. Ainda uma parcela de 49,3% da amostra não concordou que a gravidez pudesse causar problemas bucais.

Verificaram em seu estudo, que 15,4% das gestantes encontraram resistência do profissional quando intencionaram realizar tratamento odontológico, que há uma certa resistência da gestante em procurar este atendimento no período de gestação e há também uma certa recusa dos cirurgiões-dentistas em atendê-las. Do total da amostra dos autores citados, a grande maioria de 123 gestantes (82,4%) já havia recebido alguma orientação sobre saúde bucal. Quanto à origem propriamente dita das informações, 47,7% (58 gestantes) responderam que receberam dos cirurgiões-dentistas; 25,2% (31 gestantes) das escolas; 8,1% (10 gestantes) dos pais; 8,9% (11 gestantes) de cirurgiões-dentistas e na escola; 7,3% (9 gestantes) na televisão e 3,3% (4 gestantes) obtiveram estas informações de livros e folhetos didáticos.

Entretanto, quando questionaram sobre informações de saúde bucal fornecidas durante a gravidez, observaram que a maioria das gestantes não havia recebido nenhuma orientação neste período, verificando assim, a necessidade de um programa de saúde onde o cirurgião-dentista faça parte da equipe pré-natal.

Menino e Bijella (1995) concluíram então, que: as gestantes entrevistadas tinham noção sobre a doença cárie e sobre os meios para preveni-la; houve uma certa valorização da saúde bucal, uma vez que a perda dos dentes não foi considerada inevitável se os devidos cuidados e tratamentos fossem seguidos; a procura ao tratamento odontológico não foi prioridade neste grupo, havendo um certo receio das grávidas e dos próprios cirurgiões-dentistas; a maioria das gestantes já havia recebido informação sobre prevenção da saúde bucal, porém durante o período pré-natal, não foi transmitida nenhuma orientação neste sentido.

Faria (1996) buscou na literatura, trabalhos referentes ao papel dos pais nos programas de promoção de saúde, ao conhecimento das gestantes sobre o processo saúde-doença, a programas de promoção de saúde bucal destinados às gestantes e propostas de atendimento interdisciplinar, concluindo que:

- a) apesar das gestantes representarem um grupo especial de risco, pouquíssimos serviços de saúde pré-natal consideram a saúde bucal como parte inalienável da saúde geral;

- b) se as gestantes acreditam ser inevitável a cárie dentária durante a gestação ou temem o tratamento odontológico, os dentistas também se sentem despreparados e inseguros para executá-lo, sendo freqüente o adiamento do tratamento para o pós-parto;
- c) os poucos trabalhos encontrados sobre serviço pré-natal odontológico, mostraram que as medidas de promoção de saúde bucal são muito bem recebidas pelas gestantes;
- d) médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas ainda não se conscientizaram da necessidade de integração multidisciplinar.

Rosa et al. (1996) apresentaram o Projeto para um Sorriso Feliz, cujo objetivo foi a prevenção através da orientação de mães, por meio de palestras. Foram realizadas palestras com 60 participantes as quais forneceram informações desde a Odontologia intra-uterina, os cuidados com o bebê, amamentação, mamadeiras, chupetas, hábitos nocivos, higiene bucal e dieta alimentar. Previamente às palestras, os autores aplicaram um questionário que abordava o assunto ministrado nas mesmas, com finalidade de medir o grau de informação e comportamento das mães e os hábitos dos filhos. O mesmo questionário, apenas acrescido de uma questão, foi novamente preenchido pelas participantes, 30 dias após as palestras, com a finalidade de avaliar o quanto as informações transmitidas haviam sido assimiladas pelas ouvintes e também se havia ocorrido alguma mudança de comportamento das mesmas.

Os resultados anteriores às palestras foram os seguintes: quando o estudo indagou sobre a relação entre a gestação e a saúde bucal do bebê, 58,3% das mães não relataram nenhuma relação entre a sua gravidez e o desenvolvimento bucal de seu filho. Ou seja, não possuíam conhecimento sobre Odontologia intra-uterina. O questionamento sobre a importância da amamentação no crescimento e desenvolvimento bucal do seu filho, mostrou que 33% das mães ainda não reconhecia esta importância. Quando os hábitos alimentares e de higiene bucal foram abordados, observaram que 75% das mães ofereciam mamadeiras noturnas com açúcar ao bebê e 78,3% não sabia da necessidade de higienizar a boca da criança após esta mamadeira. Nas perguntas que questionavam os hábitos como chupeta, concluíram que a idade para removê-los foi bastante variável, estando entre 1 a 8 anos de idade. Outro item bastante importante investigado foi a

pretensão da época e o motivo da primeira visita odontológica da criança, onde observaram que apesar de 70% das mães acharem que a primeira visita ao consultório odontológico devesse ser com o intuito de prevenção, 31,6% delas ainda acreditavam que não havia idade determinada para levar o filho ao dentista, mas sim que isso deveria ocorrer apenas quando houvesse necessidade de tratamento.

Os questionários preenchidos pelas mães 30 dias após as palestras, evidenciaram mudanças importantes no comportamento frente à prevenção, como se vê a seguir. Uma grande parte das mães (93,3%) já reconhecia a Odontologia intra-uterina, com o entendimento de que poderiam atuar preventivamente a partir dos primeiros meses de gestação. As mães também em grande parte (95%) reconheciam que a amamentação além de ser importante nutricional, imunológica e afetivamente, seria da mesma forma, para o crescimento e desenvolvimento bucal do seu filho. Quanto aos cuidados com os bebês, um menor percentual, quando comparado ao anterior às palestras, de 41,6% das mães, continuou oferecendo mamadeira noturna com açúcar aos seus filhos.

O importante nesse sentido, foi o fato de que 96,6% das mães agora tinham consciência da necessidade em higienizar a boca do bebê após as mamadas. A maioria das mães também após as palestras, reconhecia que o hábito de sucção de chupeta seria tolerável até os 3 anos de idade. E por fim, quanto à pretensão à primeira consulta odontológica da criança, 91,6% das mães acharam que a idade ideal para que isso devesse ocorrer, fosse por volta de 3 anos de idade e 93,3% concordaram que essa primeira visita devesse ter como objetivo principal, a prevenção.

Comparando-se os dados coletados previa e posteriormente às palestras, concluíram que houve a conscientização da maioria das mães a respeito de pontos importantes na prevenção bucal, embora a mudança de comportamento que dependia do binômio mãe/filho, tal como a suspensão da mamadeira noturna, ainda não tivesse sido considerada satisfatória, apesar das mães terem plena consciência de que seu empenho é fundamental para alcançar alterações de hábitos e costumes arraigados.

Nascimento e Lopes (1996) apresentaram os resultados de sua pesquisa que objetivou analisar a dieta, controle de placa bacteriana, características da saliva e o uso de fluoretos em um grupo de 40 adolescentes grávidas na faixa etária de 14 a

18 anos. A maternidade na adolescência sob o ponto de vista da Odontologia Preventiva, foi o objeto desse estudo e a escolha desse grupo de amostra foi justificada pelo fato de que a incidência de gravidez entre as idades de 12 a 19 anos tem aumentado nitidamente nas últimas décadas em relação às anteriores. O estudo foi realizado com 80 pacientes, sendo 40 adolescentes grávidas na faixa etária de 14 a 18 anos e 40 pacientes não grávidas com idade entre 20 e 24 anos como grupo controle. Todas as participantes do estudo eram pacientes do Serviço Unificado de Saúde da Vila Finsocial, na cidade de Goiânia, e responderam a um questionário. Foram avaliadas quanto ao fluxo salivar e à capacidade tampão da saliva.

A análise da dieta, controle de placa bacteriana, saliva e do uso de fluoretos em adolescentes grávidas demonstrou que existem condições próprias deste período, capazes de aumentar a susceptibilidade à cárie dentária e às doenças periodontais. A alimentação deste grupo mostrou-se enormemente descontrolada se comparada ao grupo controle. Comparando-se a dieta e a frequência de escovação dental, observaram que 70% das adolescentes se alimentavam mais vezes durante a gravidez, sendo que 55% delas não alteravam ou até diminuía a frequência de escovação. Embora 92,5% do grupo de gestantes já tivesse visitado o cirurgião-dentista, 57,5% delas não havia tido acesso a qualquer técnica de higienização bucal. O restante do grupo, recebeu orientação nesse sentido, de odontólogos, mães e professores e apenas 17,5% do grupo em estudo relatou fazer uso de fio dental.

Outro aspecto importante observado foi a relação entre náuseas, emese gravídica e a escovação dental. O relato da presença de náuseas e emese gravídica, especialmente no primeiro trimestre de gestação foi de 77,5%, sendo que em 42,5% dos casos ocorriam durante a escovação dental, e essa foi a justificativa para o descuido da higiene bucal nesse período. Apenas 5% das gestantes analisadas afirmaram ter sangramento gengival somente na gestação, e 52,5% negaram a existência desse sinal de gengivite.

A avaliação do fluxo salivar não foi considerada confiável, pela dificuldade em se obter a colaboração das pacientes em gestação, com náuseas e vômitos frequentes. O fluxo salivar se mostrou normal na maioria dos casos e tal achado não condiz com os demais da literatura. A capacidade tampão da saliva mostrou-se normal em 100% das gestantes e o pH salivar de 5,5 e 6,5 foi verificado em 35% das

gestantes e apenas em 2,5% das pacientes do grupo controle, aspecto que confirma haver uma queda leve do pH salivar em gestantes, sem contudo, comprometer as estruturas dentais. As conclusões consistem em que a parcela de adolescentes grávidas constitui um grupo de alto risco à doença cárie, havendo necessidade de controle alimentar, atenção à higiene bucal e uso de fluoretos durante todo o período gravídico.

Barbosa e Chelotti (1997) realizaram um estudo, cuja proposta foi averiguar alguns aspectos do conhecimento sobre prevenção das doenças bucais, educação sobre o assunto, dentição decídua e oclusão em mães com filhos de até 6 anos e gestantes. A amostra foi composta por 501 mães ou gestantes, de nível social médio-alto, com condição de freqüentar consultórios médicos particulares e que possuíam filhos em escolas particulares da capital de São Paulo. Observaram que a maioria das mulheres encontravam-se na faixa etária de 30 a 40 anos, possuíam dois filhos, curso universitário, tinham alguma profissão e havia uma ligeira predominância de jornada de trabalho de meio período.

O conhecimento das mulheres foi mensurado através da aplicação de um questionário contendo 38 questões de múltipla escolha, o qual foi entregue às mães e gestantes nos consultórios médicos e escolas particulares. Tal questionário envolvia os seguintes temas: cuidado pessoal, hábitos de higiene bucal e alimentação, doenças bucais, transmissibilidade, dentição decídua, oclusão, hábitos de sucção e aspectos de fonação.

Quanto aos cuidados pessoais, 98,8% das mulheres afirmaram que realizavam a escovação dental duas, três ou mais vezes ao dia. Entretanto, quanto ao hábito do fio dental, apenas 56,3% relataram fazer parte de sua rotina diária. As mães e gestantes (93,4%) da amostra colocaram o cirurgião-dentista como a sua maior fonte de informação sobre aspectos de saúde bucal. Salientaram também, que a mídia (revistas e televisão) representou 35,4% de fonte de informação às participantes, valor que superou bastante as mães e gestantes que receberam alguma orientação dos seus médicos (10,6%). Quando o assunto questionado foi a época da primeira visita de seus filhos ao consultório odontológico, 61,7% das mães acreditaram que bebês de 6 meses a um 1 de idade não deveriam freqüentar o ambiente odontológico para medidas preventivas. Apenas 16,2% das mulheres considerou esta idade (6 meses a 1 ano) como a ideal para o início da prevenção.

Uma grande parte da amostra (97,2%) reconheceu a cárie como uma doença que só poderia ser removida pelo cirurgião-dentista, enquanto que 34,9% dela achou que a placa bacteriana também só poderia ser removida pelo profissional. Observaram que a doença é mais conhecida que a sua prevenção, provavelmente devido ao tipo de odontologia curativa que vem predominando até o momento.

Uma parcela de 71,2% das mães e gestantes entrevistadas não considerou o leite materno como fator etiológico da cárie dentária. Já no que refere-se ao leite bovino sem a adição de açúcar, 63,5% da amostra acreditou no seu poder cariogênico. Os autores ressaltaram algumas considerações importantes que justificam este resultado da falta de conhecimento quanto ao poder cariogênico do leite materno, devido ao fato de ser considerado natural e saudável e desta forma inócuo aos dentes. Some-se a isto, o fato de que os médicos obstetras e pediatras desconhecem este fator etiológico da doença cárie, ou se omitem em alertar a mãe sobre este aspecto e a terceira consideração feita foi a de que esta falta de conhecimento (da capacidade cariogênica do leite materno) pode ser uma das razões que leve as entrevistadas a não conduzirem seus bebês precocemente ao odontopediatra, pois não consideram que o alimento mais freqüentemente ofertado ao bebê (leite materno) possa trazer algum risco a sua dentição.

Quanto ao assunto transmissibilidade, apenas 31,3% das mulheres reconheceram a possibilidade das bactérias que causam a cárie serem transmitidas de mãe para filho, e 68,7% não tem conhecimento de quais os meios dessa transmissão. Por fim, os resultados relativos à oclusão foram bastante satisfatórios no estudo, onde 98,8% da amostra reconheceu os hábitos de sucção como fator etiológico de má-oclusão. Concluíram que a partir da avaliação do conhecimento sobre prevenção em Odontologia que os pais possuem, pode-se obter mais elementos para direcionar a conduta odontológica preventiva.

Costa et al. (1998) detectaram através de entrevistas diretas com questionários, qual a percepção que um grupo de gestantes de Araçatuba-SP-Brasil possuía a respeito de saúde bucal. A amostra foi composta por 60 gestantes escolhidas aleatoriamente nas Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde daquela cidade e caracterizou-se por uma faixa etária predominante entre 20 e 25 anos, com idade média de 22,5 anos, baixo nível de escolaridade (40% com 1º grau completo), baixo poder aquisitivo (45% com renda familiar de até um salário

mínimo) e a principal ocupação de 90% das futuras mães sendo em torno de tarefas do lar. A questão da idade das gestantes é colocada segundo o autor, como influente na disposição que elas terão para dedicar-se mais a programas de educação, visto que mães mais jovens, têm mais abertura para incorporar novos hábitos de saúde, bem como, para freqüentar reuniões e palestras educativas.

Nos resultados, 75% das gestantes relataram não ter procurado assistência odontológica durante a gravidez, embora 62% tenha considerado haver uma relação direta entre os cuidados bucais da futura mãe e a saúde bucal do bebê; 53% das gestantes responderam que cárie dentária é uma doença que poderá ser transmitida por talheres, copos e escovas dentais contaminadas. Sobre a amamentação, 100% das entrevistadas pretendiam amamentar seus filhos e após o desmame, 95% delas ofereceriam mamadeira às crianças. A idade ideal para a primeira visita das crianças ao cirurgião-dentista foi previamente aos 3 anos para 60% das futuras mães, de 3 a 7 anos para 20% delas, somente quando necessário para 13% das gestantes e 7% pretendiam levar seu filho pela primeira vez para uma consulta odontológica somente após os 7 anos de idade; 57% da amostra colocou que o motivo da primeira consulta seria para “dar uma olhada” e para realizar aplicação tópica de flúor. Sobre hábitos bucais deletérios como sucção digital ou chupeta, 92% consideraram capazes de causar problemas bucais na criança. Do total de gestantes entrevistadas, 72% soube como se forma a cárie dentária e por fim, quanto aos hábitos de higiene bucal, 48% da amostra declarou uma freqüência de escovação de três vezes ao dia, sendo que 63% não fazia uso de fio dental. Os autores evidenciaram a necessidade de informar às mães sobre a incorporação de procedimentos complementares de higiene bucal, pois no futuro a mãe auxiliará seus filhos nesse sentido e segundo o mais elementar princípio pedagógico, “só se ensina bem o que se sabe fazer bem”.

Scavuzzi; Rocha; Vianna (1998) apresentaram os resultados de seu estudo, cujo objetivo foi avaliar as informações de um grupo de gestantes acerca da percepção sobre a atenção odontológica na gravidez, e de crenças e valores com relação à Odontologia na fase gestacional. Aplicaram um questionário a 204 gestantes com idade média de 24 anos, com nível de escolaridade baixo, da cidade de Salvador-BA-Brasil. A primeira informação analisada foi quanto à presença de “dor de dente” ou não, cujo resultado mostrou que 80,3% das gestantes que

relataram o sintoma, afirmaram que este iniciou-se após a gestação, relato que pode refletir a crença de que a gravidez possa gerar problemas dentais. Quanto ao sangramento gengival, 48% das gestantes relataram que tinham esse sinal e dessas 69,4% disseram que já o tinham desde antes da gestação. Os autores comentaram a percepção do fraco conhecimento e valorização da saúde periodontal pelas gestantes e também que essas gestantes acreditavam ser normal o sangramento gengival, o que pode justificar o número desse estudo no qual 52% das entrevistadas não relataram a presença deste sinal.

Outra informação avaliada foi a procura ao cirurgião-dentista durante a gestação, onde observaram que 92,6% das gestantes não procuraram atendimento odontológico, embora apresentassem sintomatologia como dor ou sangramento gengival, enquanto que apenas 7,4% das entrevistadas procuraram este serviço. Estes dados mostraram a pouca valorização ou um certo conformismo das gestantes com a sua condição bucal, mesmo quando existe real necessidade de tratamento. Dessas gestantes que buscaram a atenção odontológica, 60% não foram atendidas devido ao desaconselhamento pelo próprio profissional, de uma intervenção odontológica no período de gestação.

Quando as gestantes expuseram livremente seus motivos para não procurar auxílio odontológico, 32,6% apresentaram alguma forma de medo em ir ao cirurgião-dentista, seja por causa da gestação ou por causa do próprio tratamento odontológico e 25,9% achavam que não havia necessidade de tratamento. Selecionando alguns fatores determinantes para que as gestantes não procurassem o cirurgião-dentista, observaram que 49,5% das entrevistadas afirmaram que alguém havia desaconselhado o tratamento odontológico na gravidez e este seria o primeiro motivo de dificuldade em ir ao dentista neste período. Visto que esta crença de que o tratamento odontológico prejudica a gestante e o bebê ainda está bastante enraizada, e estando a sua origem possivelmente na própria concepção do profissional, é necessário modificar este discurso através de maiores informações sobre o assunto, desmitificando a crença e promovendo o aprendizado.

Quando questionaram a opinião das gestantes a respeito de alguns procedimentos odontológicos, 71,6% delas foram unânimes em afirmar que a extração dentária não poderia ser realizada durante a gestação; 54,9% e 41,7% acreditavam também respectivamente, que nem a anestesia nem a radiografia

dentária, poderiam ser feitas neste período; 46,6% , 54,9% e 74% acreditavam que as restaurações, aplicação de flúor e a "limpeza" dentária respectivamente, não causariam nenhum prejuízo para a gestação. Observaram ainda, que 93,6% das mulheres da amostra não haviam recebido qualquer orientação sobre cuidados com a própria saúde bucal ou com a do futuro bebê. E daquelas que receberam alguma informação neste sentido (6,4%), 30,8% foram provenientes do cirurgião-dentista, 30,8% do médico ou enfermeira do atendimento pré-natal, 15,4% das mães e 7,7% adquiriram informações sobre saúde bucal na televisão.

Baseando-se nos resultados obtidos, concluíram que a falta de informação das gestantes demonstrou a necessidade de um programa de atenção odontológica que as priorize, considerando ser este um grupo estratégico, devido as suas características biopsicosociais inerentes ao processo reprodutivo e fundamentalmente, em razão do papel que estas mulheres exercerão na promoção da saúde bucal dos seus filhos.

Silva; Lopes; Menezes (1999) avaliaram o grau de conhecimento em relação aos cuidados com a saúde bucal de bebês em um grupo de gestantes da cidade de Curitiba - Pr, por meio de entrevistas com 100 gestantes na faixa etária de 13 a 40 anos, nas Unidades de Saúde da rede municipal desta cidade. Quanto à escolaridade, 60% das gestantes possuíam o 1º grau (completo ou incompleto), 23% possuíam o 2º grau (completo ou incompleto) e 17% o 3º grau (completo ou incompleto). Em relação ao acesso a informações sobre saúde bucal, 21% não receberam informações, e entre as 79% que receberam, 66% obtiveram-nas de dentistas ou pessoal auxiliar das equipes odontológicas das Unidades de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba, 20% de professores, 6% da mídia e 2% dos pais. Quando questionadas a partir de que idade pretendiam levar seus filhos ao dentista, 55% responderam que levariam durante o primeiro ano de vida, 17% entre 1 e 3 anos, 6% com 4 anos ou mais, 19% não sabiam ao certo a idade e 3% apenas quando aparecessem problemas dentários; quanto aos motivos da primeira consulta, 48% citaram os aspectos educativos e preventivos de saúde bucal, 22% pela necessidade de acompanhamento dos dentes em processo de erupção e 7% responderam pela presença de algum incômodo ou necessidade de tratamento. Revelou-se o fato de 69% das gestantes considerarem a cárie uma doença evitável. Quanto à causa da doença cárie, foram citados alimentos doces (66%) e presença

de restos de alimentos (60%), mas apenas 2% correlacionou cárie e uso de mamadeira. No tocante aos procedimentos para evitar a instalação da doença em seus bebês, foram citados a higienização bucal adequada (70%), visitas periódicas ao dentista (20%) e uso de flúor (12%), enquanto 10% das entrevistadas não souberam responder. Após análise estatística dos resultados, concluíram que apesar do baixo grau de escolaridade das gestantes, o fato de terem acesso a serviços de saúde e à informação de qualidade, permitiu que elas tivessem noção da importância do atendimento odontológico precoce, dos agentes etiológicos e das formas de prevenção da instalação da doença cárie, resultando em uma população segura e bem informada em relação aos cuidados com a saúde bucal do futuro bebê, podendo intervir de forma positiva no processo educativo-preventivo, para o surgimento de uma geração de crianças livres de problemas relacionados à saúde bucal.

MOURA et al. (2001) apresentaram um programa de extensão universitária, com proposta de atendimento simplificado educativo/preventivo, desenvolvido no Instituto de Perinatologia Social do Piauí, cujo público-alvo foram gestantes e bebês e que atingiu ao seu término 16.856 gestantes no período entre abril de 1997 e junho de 2000. Este programa objetivou sensibilizar gestantes para a importância que o pré-natal odontológico e o pré-natal médico assumem no desenvolvimento da saúde da criança, levando essas gestantes a entender que a mitificação e as crendices que cercam o tratamento odontológico durante a gestação não são significantes. O programa também visou motivá-las em seu papel de sujeito responsável pela saúde bucal de seus filhos, a medida que introduzem o hábito de higienização da cavidade bucal do bebê e evitam a instalação de hábitos bucais deletérios. A primeira etapa do projeto consistiu em palestras educativas às gestantes, com objetivo de motivá-las e conscientizá-las de que a cárie dentária é uma infecção transmissível, porém controlável, e que não se deve conviver passivamente com uma doença infecto-contagiosa na boca durante todo o período gestacional. Também pretenderam motivá-las a tratar a doença e suas seqüelas ainda no período gestacional, para que as futuras mães tivessem plenitude de saúde no momento do nascimento do bebê, evitando assim a sua contaminação precoce.

Dessa perspectiva, o papel do profissional de saúde passa a ser o de capacitar o indivíduo (gestante) a desenvolver uma função e não apenas o de

prescrever técnicas e ditar normas comportamentais. Salientaram que é importante que se abandone a postura autoritária de educação para a saúde, em detrimento de uma postura de incentivo e motivação, o que faz com que a promoção de saúde deixe de ser uma idéia e passe a ser uma prática rotineira (MOURA et al., 2001).

3 PROPOSIÇÃO

Avaliar o nível de conhecimento sobre saúde bucal de dois grupos sócio-econômicos distintos, um deles formado por gestantes atendidas em consultórios particulares e o outro por gestantes atendidas em Unidades Municipais de Saúde.

Objetivos Específicos:

- a) Estabelecer qual dos dois grupos apresenta o melhor nível de conhecimento parcial, sobre cada assunto de saúde bucal avaliado;
- b) Estabelecer qual dos dois grupos apresenta o melhor nível de conhecimento geral, sobre os assuntos de saúde bucal questionados;
- c) Estabelecer se existe relação entre o nível de conhecimento sobre saúde bucal de algum dos grupos com as variáveis idade da gestante, número de gestações, trimestre gestacional e grau de escolaridade da gestante.

4 METODOLOGIA

Este estudo constituiu-se em uma pesquisa qualitativa, descritiva, estruturada a partir de um levantamento epidemiológico, baseado em técnica padronizada de coleta de dados feita por meio de questionários.

Participaram desta pesquisa 379 gestantes, com idades entre 15 e 43 anos, critério que se insere na faixa etária considerada fértil (de 15 a 49 anos), oriundas de Unidades Municipais de Saúde (US) e consultórios particulares de ginecologia e obstetrícia (CP) da cidade de Curitiba-PR. Esta quantidade foi estabelecida através do valor da amostra probabilística por conglomerado, definida a partir da porcentagem de nascidos vivos e residentes em Curitiba no ano de 2000, que foi de 29.000 (dado fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba) levando-se em consideração um erro amostral de 5%. Do total de 379, estabeleceu-se uma proporção 80%/20%, respectivamente, correspondente ao número de atendimentos efetuados pelo SUS, em relação aos atendimentos de consultórios particulares – consultas particulares e por planos e seguros saúde (dados da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba). Tal proporção forneceu um número final de 303 gestantes para a amostra de Unidades Municipais de Saúde (TAB. 1) e 76 gestantes para amostra de consultórios particulares.

No grupo US fizeram parte da amostra todas as gestantes que compareceram para atendimento pré-natal nos dias de aplicação do questionário e representaram uma população de baixa renda. Para o grupo CP foram selecionadas gestantes que possuíam os melhores planos ou seguros saúde e dentro destes aquelas que tinham a categoria cobertura total ou ainda as que pagavam suas consultas.

Tabela 1 - Distribuição das gestantes nas Unidades de Saúde de Curitiba-Pr, 2001

Unidade de Saúde	Bairro	Frequência	
		Absoluta	Relativa
Campina do Siqueira	Campina do Siqueira	75	24,75%
Santa Felicidade	Santa Felicidade	83	27,39%
Bom Pastor	Vista Alegre	62	20,47%
Palmeiras	Tatuquara	83	27,39%

Foram apenas excluídas da amostra as gestantes cirurgiãs-dentistas, esposas de cirurgiões-dentistas, estudantes de Odontologia e aquelas que possuíam planos de saúde comuns.

Inicialmente, no primeiro semestre de 2001, apresentou-se o projeto desta pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e então, solicitou-se autorização para a coleta de dados junto às gestantes das Unidades Municipais de Saúde, que recebiam atendimento pré-natal (ANEXO 4). Simultaneamente, fez-se contato com clínicas e consultórios particulares, apresentando-se da mesma forma o projeto aos médicos obstetras e também solicitando-se autorização para a aplicação dos questionários às suas pacientes em atendimento pré-natal (ANEXO 5).

Com a autorização para a pesquisa (ANEXO 6), por solicitação da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, firmou-se um Termo de Compromisso (ANEXO 7) no qual a pesquisadora assumiu: responsabilidade exclusiva na aplicação dos questionários às gestantes, figurando a Unidade de Saúde apenas como espaço físico, sem envolvimento de nenhum funcionário das Unidades, e não havendo qualquer vínculo da municipalidade com a pesquisa, além da obtenção prévia da assinatura de cada gestante participante do estudo, para que assim elas atestassem seu consentimento na participação da pesquisa e utilização do questionário, bem como, seu conhecimento de que o estudo era de responsabilidade exclusiva da autora. Houve ainda o compromisso de se colocar para apreciação da Secretaria Municipal de Saúde qualquer modificação no questionário que foi avaliado inicialmente pela Instituição.

Após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa - UNIVILLE (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) (ANEXO 8) e autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e dos responsáveis pelas clínicas particulares, foi aplicado um teste piloto do questionário formulado como instrumento da pesquisa, com finalidade de se aprimorar as perguntas, testando-se o método, avaliando-se e estimando-se variáveis essenciais para o planejamento experimental.

A seleção das quatro Unidades de Saúde que participaram do estudo foi estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde, que liberou a princípio duas Unidades – Unidade Campina do Siqueira e Unidade Bom Pastor, situadas nos

bairros Campina do Siqueira e Vista Alegre respectivamente (ANEXO 9) - para que se realizasse o teste piloto e se iniciasse a pesquisa propriamente dita.

Nos consultórios particulares de ginecologia e obstetrícia houve a autorização de oito profissionais médicos ginecologistas e obstetras da cidade de Curitiba, para que o estudo pudesse ser desenvolvido com suas pacientes, cujas clínicas situavam-se no centro da cidade e em bairros considerados de classe média-alta (Mercês, Água Verde e Batei) (ANEXO 9).

O teste piloto foi realizado na Unidade de Saúde Campina da Siqueira com 16 gestantes e em um consultório particular com 4 gestantes. As principais dificuldades encontradas nesta etapa inicial foram: a coleta de dados em duplicidade onde a mesma gestante respondia duas vezes o questionário; questionários incompletos; uma pergunta do questionário foi tida como inconsistente e supérflua por abordar o mesmo assunto de outra e portanto foi excluída. Observou-se a participação de outras pessoas auxiliando a gestante e ainda discussão em conjunto de diversas gestantes, ambas durante o preenchimento dos questionários. Estas dificuldades foram superadas e resolvidas durante o andamento do trabalho.

Trabalharam nessa pesquisa a autora e uma atendente de consultório odontológico nas Unidades de Saúde e nos consultórios particulares as recepcionistas auxiliaram voluntariamente na aplicação do questionário, no caso de ausência do pesquisador. Nas Unidades de Saúde, houve uma maior necessidade da presença do pesquisador, devido a maior solicitação de explicações sobre o assunto questionado. Os questionários foram respondidos pelas gestantes durante o tempo em que estas permaneceram nas salas de espera das Unidades de Saúde e clínicas particulares.

As gestantes tanto nos consultórios particulares como nas Unidades de Saúde foram comunicadas e esclarecidas a respeito do objetivo principal da pesquisa, sua justificativa, como seria desenvolvida, possíveis riscos esperados e quanto ao benefício do experimento, na forma do Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2), que foi assinado por elas para permitir que as informações cedidas pudessem ser utilizadas.

Os materiais utilizados foram, portanto, os questionários (ANEXO 3) respondidos em pranchetas cedidas às gestantes para servir de apoio durante o

preenchimento. As perguntas do questionário foram elaboradas de acordo com Marconi e Lakatos (1999) para garantir fidedignidade, validade e operatividade ao instrumento de pesquisa. A seleção das perguntas quanto a sua classificação, a sua estrutura neutra, sua ordem e distribuição no questionário para evitar o “efeito de contágio” de uma pergunta sobre a outra, seguiram as orientações dos autores.

O questionário abordou dados pessoais, características sócio-econômicas, grau de escolaridade e número de gestações e constou de 18 perguntas do tipo fechadas e múltipla escolha sobre os seguintes assuntos: conhecimento sobre a condição geral da gestante, seu estado nutricional e a relação com a saúde bucal do bebê; conhecimento sobre o desenvolvimento do paladar do feto; conhecimento sobre condição bucal da gestante (doença cárie e doença periodontal) e a relação com a futura situação bucal do bebê; conhecimento sobre transmissibilidade da doença cárie; questionamento quanto a tabus e mitos que rodeiam o atendimento odontológico na gestação e quanto a importância deste tratamento; orientação já recebida sobre saúde bucal antes e no período gestacional e por fim, conhecimento da gestante sobre cuidados com a alimentação, higiene bucal do bebê e sobre a sua pretensão para a primeira visita odontológica da criança.

Na entrega dos questionários pelas gestantes, após o preenchimento, estes foram conferidos pelo pesquisador e auxiliares, na tentativa de resolver o problema de questionários incompletos, observado no teste piloto. Outro detalhe que fugiu à regra durante o preenchimento dos questionários, foram as gestantes com dificuldade de leitura (em torno de 10 gestantes), para as quais o pesquisador leu literalmente as perguntas e respostas e aguardou que a informante respondesse.

Os dados inicialmente foram analisados de forma qualitativa, por uma síntese descritiva. E vinculada a estes dados descritivos, fez-se uma avaliação quantitativa na forma de distribuição de frequência absoluta e relativa (porcentagem) dos dois grupos de gestantes estudados e comparados entre si.

Depois, os resultados das perguntas foram testados individualmente pelo teste Qui-quadrado e teste exato de Fisher, para verificar se havia diferença estatisticamente significativa de conhecimento específico de cada assunto entre os 2 grupos da amostra. Em seguida determinou-se quatro níveis para a variável de grau de conhecimento dependendo dos escores verificados - nível ruim entre os escores de 1 a 4, nível regular entre escores de 5 a 8, nível bom escores de 9 a 12 e nível

ótimo escores de 13 a 16 - para descrever o comportamento casual das outras variáveis sobre o grau de conhecimento.

Os escores verificados foram determinados pelo número de respostas consideradas ideais para o conhecimento sobre saúde bucal, que as gestantes preencheram no questionário (ANEXO 3). O quadro 1 mostra as respostas consideradas ideais para cada pergunta feita às gestantes.

Quadro 1 - Respostas das gestantes consideradas ideais para a determinação dos escores do nível de conhecimento sobre saúde bucal

Número	Pergunta	Resposta
1	O que é cárie dentária?	Uma doença que depende da alimentação e bactérias.
2	Para você o que é gengivite (gengiva inflamada)?	Quando a gengiva está muito vermelha, sangra e dói ao escovar.
4	Como gestante, você acredita que há uma necessidade de maiores cuidados com a higiene bucal ou não?	Sim
5	Os dentes na gestação ficam mais fracos ou não?	Não
6	É normal, na gestação, o sangramento da gengiva ou não?	Não
7	Na sua opinião, a condição bucal de quem cuida do bebê poderá ter influência na saúde bucal de seu bebê ou não?	Sim
8	Você acha ou não que a amamentação no peito tem alguma importância no crescimento e desenvolvimento da boca ou da face de seu filho?	Sim
9	Na sua opinião é importante ir ao dentista durante a gestação?	Sim
10	Você acha que a amamentação no peito pode causar cárie no bebê ou não?	Sim
11	Na sua opinião deve-se fazer ou não a limpeza dos dentes, logo que apareçam na boca do bebê, após a mamadeira ou a amamentação no peito?	Sim
12	Com que idade você levará o seu filho pela primeira vez ao dentista?	Ainda bebê, antes de 1 ano.
13	Na sua opinião a alimentação da gestante terá ou não influência nos dentes e saúde bucal de seu filho?	Sim
14	Você acredita ou não que comer muita doçura na gestação pode fazer com que o seu bebê goste de doces também?	Sim
15	Alguns hábitos como beijar o bebê na boca, usar os mesmos talheres que o bebê podem ou não transmitir a cárie para ele?	Sim
16	Durante a gestação você irá ao dentista:	Para receber orientações.
17	Se aparecerem cavidades de cárie nos primeiros dentes do bebê, você pensa que:	É porque o bebê mama no seio ou mamadeira sem limpar os dentes.

As questões de números 3 e 18 não foram incluídas para mensurar o escore do nível de conhecimento, por não medirem o conhecimento da gestante sobre saúde bucal, mas sim avaliarem o comportamento de terceiros sobre este assunto.

Após a descrição das características da população, as variáveis foram recategorizadas com o objetivo de se realizar os testes de associação e a análise de regressão logística múltipla não condicional (análise das variáveis propriamente dita).

A variável grau de conhecimento foi transformada em uma variável dicotômica tendo sido adotado como ponto de corte a mediana da distribuição de frequência, ou seja, baixo nível de conhecimento entre os escores 1 a 9 e alto nível de conhecimento para os escores entre 10 e 16. A variável idade foi transformada em três categorias, 15 a 22 anos, 23 a 27 anos e 28 a 43 anos de idade, tendo sido adotado como ponto de corte os tercís (33,3%) da distribuição de frequência da variável. O mesmo procedimento foi adotado para as variáveis escolaridade (até 1º grau incompleto; 1º grau completo e 2º grau incompleto; 2º grau completo e mais), e trimestre da gestação (1º, 2º e 3º). A variável número de gestações foi dicotomizada na mediana da distribuição (1 gestação e 2 gestações ou mais).

Para aferição da condição socioeconômica da população foram utilizadas as variáveis escolaridade e local da consulta obstétrica (consultório particular ou Unidade de Saúde). Relacionando todas as variáveis da análise, a partir do exame da “matriz de colinearidade”, a variável renda mostrou ter grande correlação com as variáveis escolaridade e local da consulta, e então, em virtude de sua alta colinearidade com ambas, a variável renda não foi incluída na análise.

Após a descrição da população de estudo foram realizados testes de associação (Qui-quadrado) entre a variável conhecimento sobre saúde bucal e as variáveis idade, escolaridade da gestante, trimestre de gestação, número de gestações e local onde realiza a consulta obstétrica. A seguir foi feita a análise dos fatores de risco para o baixo nível de conhecimento da gestante sobre saúde bucal, através de modelos de regressão logística não condicional univariados (teste do Qui-quadrado) e múltiplos (HOSMER; LEMESHOW, 1989).

As variáveis com nível de significância $p < 0,20$ observadas na análise univariada (teste do Qui-quadrado), entraram na análise de regressão logística múltipla (HOSMER; LEMESHOW, 1989). Utilizou-se o procedimento passo a passo para a seleção das variáveis (*stepwise forward selection*), ou seja, iniciou-se o modelo pela variável com maior significância estatística na análise univariada e a seguir, foram acrescentadas as outras variáveis, uma a uma, por ordem decrescente

de significância estatística. A nova variável foi mantida no modelo múltiplo caso fosse estatisticamente significativa ($p < 0,05$), fosse variável de confusão, ou ambas.

Para a análise das variáveis propriamente dita (TAB. 28 e 29 - p. 94), com finalidade de realizar a regressão logística múltipla não condicional, foi utilizado o programa SPSS para Windows versão 10.0 (NIE et al., 1975).

5 RESULTADOS

Inicialmente, a análise dos dados gerais permitiu a caracterização da amostra quanto a aspectos pessoais, sócio-econômicos e de escolaridade.

A idade média das gestantes nas Unidades de Saúde foi de 23 anos, enquanto que esta média na amostra de consultórios particulares ficou em 30 anos de idade (TAB. 2 - p. 71). Assim como houve uma diferença expressiva entre a idade média nos dois grupos, essa diferença se manteve com relação à idade da 1ª gestação, cuja idade média foi de 20 anos nas Unidades de Saúde e de 29 anos nos consultórios particulares. Considerando-se as faixas etárias, percebeu-se que na amostra de consultórios particulares prevaleceram gestantes que estavam com idades entre 25 e 29 anos (34,2%) e entre 30 e 34 anos (35,5%), sendo de 15,7% o percentual com idades entre 35 e 39 anos, enquanto que as gestantes mais jovens de 15 a 19 anos e 20 a 24 anos apareceram em porcentagens bem inferiores (1,3% e 9,2% respectivamente). Na amostra das Unidades de Saúde observou-se uma caracterização diferente, na qual predominaram gestantes nas faixas etárias de 15 a 19 anos (25%), de 20 a 24 anos (32%) e 25 a 29 anos (28%). Nesse grupo, as gestantes com mais idade foram exceção, uma vez que 9,5% estavam na faixa etária de 30 a 34 anos e 3,9% com idade entre 35 e 39 anos (TAB. 2 - p. 71).

Quanto à escolaridade, os dois grupos continuaram apresentando grande divergência, visto que 67,1% das gestantes de consultórios particulares possuíam o 3º grau (completo ou incompleto) e 19,7% títulos de pós-graduação em vários níveis; nas Unidades de Saúde, a maioria das gestantes (37,9%) não havia completado o 1º grau, 19,1% tinha o primeiro grau completo e 29% haviam concluído o 2º grau (TAB. 3 - p. 72).

Como em relação aos níveis de escolaridade, observou-se uma proporção direta entre os dois grupos quanto à renda mensal familiar. Na amostra dos consultórios particulares, 28,9% tinha uma renda entre 14 e 23 salários mínimos, 36,8% possuía renda superior a 23 salários, e o valor máximo observado foi de 69 salários mínimos. Vale lembrar que o salário mínimo vigente na época foi de R\$ 180,00. Uma porcentagem de 19,7% das gestantes não respondeu a esta solicitação (TAB. 4 - p. 72). Nas Unidades de Saúde, a maioria das gestantes, 57,3%, relatou

uma renda familiar mensal entre 1 e 3 salários mínimos e uma parcela de 12,5% não respondeu a esta pergunta (TAB. 5 - p. 73).

Tabela 2 – Distribuição segundo a idade das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001

Idade			Consultórios Particulares	Unidades De Saúde	Total
15 a 19	Frequência	Absoluta	1	76	77
		Relativa	1,32%	25,08%	20,32%
		Média	18,00	17,25	17,26
		Desvio Padrão	0,00	1,40	1,39
20 a 24	Frequência	Absoluta	7	97	104
		Relativa	9,21%	32,01%	27,44%
		Média	22,86	22,13	22,18
		Desvio Padrão	1,07	1,37	1,36
25 a 29	Frequência	Absoluta	26	85	111
		Relativa	34,21%	28,05%	29,29%
		Média	27,27	26,60	26,76
		Desvio Padrão	1,31	1,47	1,46
30 a 34	Frequência	Absoluta	27	29	56
		Relativa	35,53%	9,57%	14,78%
		Média	31,78	31,34	31,55
		Desvio Padrão	1,12	1,29	1,22
35 a 39	Frequência	Absoluta	12	12	24
		Relativa	15,79%	3,96%	6,33%
		Média	36,33	36,33	36,33
		Desvio Padrão	1,15	1,37	1,24
≥ 40	Frequência	Absoluta	3	4	7
		Relativa	3,95%	1,32%	1,85%
		Média	42,00	40,75	41,29
		Desvio Padrão	1,00	0,96	1,11
TOTAL	Frequência	Absoluta	76	303	379
		Relativa	100%	100%	100%
		Média	30,36	23,85	25,16
		Desvio Padrão	4,88	5,60	6,05

Quanto à profissão, 53% das gestantes de Unidades de Saúde dedicam-se aos afazeres do lar, resposta que correspondeu a apenas 2,6% das gestantes de consultórios particulares.

Quanto ao número de gestações, 61,8% das gestantes entrevistadas nos consultórios particulares estavam na primeira gravidez (primíparas), enquanto que

48,5% delas nas Unidades de Saúde, se encontravam nessa situação. Mais de três gestações foram observadas em apenas 2,6% das gestantes de consultórios e em 11,8% das gestantes das Unidades de Saúde (TAB. 6 - p. 73).

Tabela 3 – Distribuição segundo grau de escolaridade das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001

Escolaridade	Consultórios Particulares		Unidades de Saúde	
	Frequência		Frequência	
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
Analfabeta	-	-	1	0,33%
1o. grau incompleto	-	-	115	37,95%
1o. grau completo	-	-	58	19,14%
2o. grau incompleto	1	1,32%	28	9,24%
2o. grau completo	9	11,84%	88	29,05%
3º. grau	51	67,11%	12	3,96%
Pós-graduação	15	19,73%	1	0,33%
TOTAL	76	100%	303	100%

Na época de preenchimento dos questionários, a maioria das gestantes dos consultórios particulares (44,7%) encontravam-se no 3º trimestre de gestação e nas Unidades de Saúde, o 2º trimestre gestacional foi o mais prevalente (46,8%), como mostra a TAB. 7 (p. 74).

Tabela 4 – Distribuição segundo renda familiar mensal das gestantes de consultórios particulares de Curitiba - Pr, 2001

Renda (em salários mínimos)	Frequência	
	Absoluta	Relativa
6 < 14	11	14,48%
14 < 23	22	28,96%
23 < 32	9	11,84%
32 < 41	5	6,57%
41 < 50	6	7,89%
50 < 59	6	7,89%
≥ 60	2	2,63%
n.i.	15	19,74%
TOTAL	76	100,00%

Uma vez evidenciadas as características dos grupos estudados, apresentar-se-á os resultados da investigação propriamente dita. Deve-se ressaltar que para

algumas perguntas do questionário, havia somente a possibilidade da gestante escolher apenas uma alternativa, e para outras, poderiam selecionar mais de uma (ANEXO 3). As perguntas foram inicialmente analisadas de forma individual, para verificar o conhecimento das gestantes sobre cada assunto específico e aos resultados aplicou-se os testes Qui-quadrado e exato de Fisher para avaliação das diferenças nas respostas entre os dois grupos.

Tabela 5 - Distribuição segundo renda familiar mensal das gestantes de Unidades de Saúde de Curitiba - Pr, 2001

Renda (em salários mínimos)	Frequência	
	Absoluta	Relativa
Até 1	7	2,33%
1 < 3	174	57,36%
3 < 6	70	23,12%
6 < 10	8	2,65%
Acima de 10	6	1,99%
n.i.	38	12,55%
TOTAL	303	100,00%

Tabela 6- Distribuição das gestantes quanto ao número de gestações em consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba - Pr, 2001

Número de gestações	Consultórios Particulares		Unidades de Saúde	
	Frequência		Frequência	
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
1	47	61,84%	147	48,51%
2 a 3	27	35,53%	120	39,60%
Acima de 3	2	2,63%	36	11,89%
TOTAL	76	100,00%	303	100,00%

Quando questionou-se às gestantes sobre a definição de cárie dentária, a maioria delas (44,7%) nos consultórios particulares respondeu ser uma doença que depende da alimentação e bactérias; 19,7% acrescentou além da definição anterior, a idéia de que a cárie dentária também são cavidades nos dentes; 18,4% afirmou que a cárie dentária são apenas cavidades nos dentes; 5,3% respondeu que a cárie dentária são manchas escuras nos dentes e outra pequena parcela aproximadamente de 5% das gestantes definiu a cárie como sendo cavidades nos dentes e também complementou com a alternativa de que a cárie não é uma

doença. O restante da amostra optou por outras alternativas em quantidades insignificantes, como mostra a TAB. 8 (p. 75). Para as gestantes das Unidades de Saúde, apenas 17,8% considerou a cárie como uma doença que depende da alimentação e bactérias, enquanto que metade (50%) da amostra afirmou que cárie são somente manchas escuras nos dentes, cavidades nos dentes, ou ambas as respostas. Uma porcentagem de 9,6% das gestantes, apesar de afirmar que a cárie é uma doença que depende da alimentação e bactérias, também respondeu que consiste em cavidades nos dentes; 8% das gestantes, da mesma forma, mostraram conhecimento do conceito atual da doença cárie, porém acrescentaram uma definição de manchas escuras (4%) ou de manchas escuras juntamente com cavidades nos dentes (4%) e por fim, aproximadamente 9% das gestantes de Unidades de Saúde não souberam responder ao questionamento do conceito de cárie dentária. Nos consultórios particulares, este fato ocorreu com uma única entrevistada. O restante da amostra das Unidades de Saúde comportou-se como nos consultórios particulares, respondendo outras alternativas em proporções não significantes (TAB. 8 - p. 75).

Tabela 7 - Distribuição das gestantes quanto ao trimestre de gestação nos consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba - Pr, 2001

Trimestre de gestação	Consultórios Particulares		Unidades de Saúde	
	Frequência		Frequência	
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
1º. Trimestre	14	18,42%	46	15,18%
2º. Trimestre	28	36,84%	142	46,86%
3º. Trimestre	34	44,74%	115	37,96%
TOTAL	76	100%	303	100%

Quando questionadas sobre gengivite, um total de 69,7% das gestantes dos consultórios particulares respondeu que gengivite caracteriza-se por gengiva muito vermelha, com sangramento e dor ao escovar; uma parcela de 6,6% delas afirmou que gengivite é a presença de pus na gengiva e aproximadamente 5% das pacientes uniram os dois conceitos acima para definir a inflamação gengival. O restante em porcentagem não expressiva, afirmou que gengivite é quando há tártaro nos dentes, quando há gosto e cheiro desagradável na boca ou uniram estas respostas àquelas já citadas, para definir a doença (TAB. 9 - p. 76). Na amostra das Unidades de

Saúde, observou-se 50% das gestantes com o conhecimento correto dos sinais da gengivite – gengiva muito vermelha, sangrando e com dor à escovação; outra resposta observada, um pouco mais freqüente do que no grupo das gestantes de consultórios particulares, foi que gengivite é quando há gosto e cheiro desagradável na boca (5,3%); 10,6% das grávidas afirmaram que a gengivite apresenta além do rubor, sangramento e dor, o sinal de pus. Ainda, a freqüência relativa de 8,9% desta amostra, não soube definir gengivite. Nenhum destes casos foi observado nos consultórios particulares. As demais gestantes das Unidades de Saúde responderam, em freqüências não relevantes, que gengivite seria a presença de tártaro nos dentes, quando há mobilidade dentária, ou combinaram as várias alternativas colocadas (TAB. 9 - p. 76).

Tabela 8 – Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 referente ao questionamento "O que é cárie dentária?"

		Consultórios Particulares		Unidades de Saúde	
		Freqüência		Freqüência	
		Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
O que é a cárie dentária? (escolher uma ou mais respostas nesta pergunta)					
A	Uma doença que depende da alimentação e bactérias	34	44,7%	54	17,8% *
B	Manchas escuras nos dentes	4	5,3%	37	12,2%
C	Cavidades/buracos nos dentes	14	18,4%	86	28,4%
D	Não é uma doença	1	1,3%	6	2,0%
E	Não sei	1	1,3%	28	9,2%
F	= A + B	-	-	12	4,0%
G	= A + C	15	19,7%	29	9,6%
H	= A + D	-	-	1	0,3%
I	= A + E	-	-	1	0,3%
J	= A + B + C	2	2,6%	12	4,0%
K	= B + C	1	1,3%	31	10,2%
L	= B + C + E	-	-	1	0,3%
M	= B + D	-	-	1	0,3%
N	= C + D	4	5,3%	4	1,3%

* p<0,001 (Qui-quadrado)

Tabela 9 – Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 referente ao questionamento “O que é gengivite?”

		Consultórios Particulares		Unidades de Saúde	
		Frequência		Frequência	
		Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
Para você o que é gengivite (gengiva inflamada)? (escolher uma ou mais respostas)					
A	Quando existe tártaro nos dentes	1	1,3%	11	3,6% *
B	Quando a gengiva está muito vermelha, sangra e dói ao escovar	53	69,7%	152	50,2%
C	Quando há mobilidade nos dentes	-	-	5	1,7%
D	Quando há pus na gengiva	5	6,6%	7	2,3%
E	Quando há gosto e cheiro desagradável na boca	1	1,3%	16	5,3%
F	Não sei	-	-	27	8,9%
G	= A + D	-	-	2	0,7%
H	= A + B	1	1,3%	10	3,3%
I	= A + B + E	-	-	3	1,0%
J	= A + B + D	-	-	3	1,0%
K	= A + B + D + E	-	-	1	0,3%
L	= A + B + C + D	1	1,3%	1	0,3%
M	= A + B + C + E	2	2,6%	1	0,3%
N	= A + B + C + D + E	-	-	1	0,3%
O	= B + E	2	2,6%	11	3,6%
P	= B + D	4	5,3%	32	10,6%
Q	= B + D + E	2	2,6%	10	3,3%
R	= B + C	1	1,3%	2	0,7%
S	= B + C + E	-	-	2	0,7%
T	= B + C + D	2	2,6%	3	1,0%
U	= B + C + D + E	1	1,3%	-	-
V	= C + E	-	-	1	0,3%
X	= D + E	-	-	3	1,0%

* p<0,001 (Qui-quadrado)

Ainda sobre os sinais da gengivite, questionou-se se o sangramento gengival durante a gestação seria uma observação normal e os resultados mostraram que enquanto 55,2% das gestantes de consultórios particulares consideraram este sinal um evento normal, uma porcentagem muito inferior (20,4%) das gestantes das

Unidades de Saúde o fizeram; 22,3% e 40,9% respectivamente em consultórios particulares e Unidades de Saúde, afirmaram não ser normal o sangramento gengival nesta fase. O restante da amostra dos dois grupos, em porcentagens semelhantes às últimas citadas, não soube responder a esta questão (TAB. 10 - p. 77).

Quando foram questionadas quanto à orientação de seu médico obstetra em relação ao acompanhamento e atendimento odontológico durante a gestação, 61,8% desses profissionais que atendem às gestantes de consultórios particulares posicionaram-se favoráveis a esse atendimento, enquanto que 48,1% daqueles que assistem o pré-natal nas Unidades de Saúde, orientaram-nas favoravelmente neste sentido. Entretanto, uma parcela de 27,6% das gestantes de consultórios particulares e de 38,9% das Unidades de Saúde afirmaram que não receberam orientação de seu médico quanto a acompanhamento odontológico no período gestacional (TAB. 11 - p. 78).

Os resultados deste estudo foram bastante satisfatórios quanto ao entendimento das gestantes em relação à necessidade de maiores cuidados com a higiene bucal nesta fase, uma vez que quase a totalidade das grávidas, 97,3% nos consultórios particulares e 95,7% em Unidades de Saúde respondeu que realmente acreditava nessa necessidade (TAB. 11 - p. 78).

Tabela 10- Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto a sangramento gengival

		Consultórios Particulares		Unidades de Saúde	
		Frequência		Frequência	
		Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
É normal, na gestação, o sangramento na gengiva ou não?					
A	Sim	42	55,26%	62	20,46% *
B	Não	17	22,37%	124	40,92%
C	Não sei	17	22,37%	117	38,61%

* $p < 0,001$ (Qui-quadrado)

Como na questão anterior, a opinião das gestantes tanto em consultórios particulares (90,7%) como nas Unidades de Saúde (91,4%), mostrou uma grande maioria que considerou importante visitar o cirurgião-dentista durante a gestação

(TAB. 12 - p. 79). Quando se questionou a situação e o motivo que levariam a gestante a procurar o cirurgião-dentista, a maioria delas (69,7% em consultórios particulares e 58,4% em Unidades de Saúde), nos dois grupos afirmou que iria ao cirurgião-dentista para receber orientações. A segunda maior porcentagem de resposta foi de gestantes que somente iriam ao cirurgião-dentista se sentissem alguma dor (19,4% nos consultórios particulares e 14,8% nas Unidades de Saúde). Ainda 5,2% das gestantes de consultório particular e 13,7% em Unidades de Saúde relataram ter medo do tratamento odontológico nessa fase e uma porcentagem considerável das gestantes de Unidades de Saúde (9,9%) e superior as de consultórios particulares (3,9%) relatou não saber se iria ao cirurgião-dentista durante a gestação. O restante da amostra em proporções não significativas nos dois grupos, afirmou que durante a gestação deve-se evitar o atendimento odontológico (TAB. 12 - p. 79).

Tabela 11 - Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto à orientação médica sobre atendimento odontológico na gestação e cuidados com a higiene bucal

		Consultórios Particulares		Unidades de Saúde	
		Frequência		Frequência	
		Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
Quanto a acompanhamento e atendimento odontológico durante a gestação, a orientação de seu médico foi:					
A	Favorável	47	61,84%	146	48,18% *
B	Desfavorável	1	1,32%	5	1,65%
C	Indiferente	4	5,26%	10	3,30%
D	Não recebeu orientação	21	27,63%	118	38,94%
E	Não sei	3	3,95%	24	7,92%
Como gestante, você acredita que há uma necessidade de maiores cuidados com a higiene bucal ou não?					
A	Sim	74	97,38%	290	95,71% **
B	Não	1	1,31%	6	1,98%
C	Não sei	1	1,31%	7	2,31%

* p=0,004 (Qui-quadrado), ** p=0,74 (Qui-quadrado)

Tabela 12- Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto à visita ao consultório odontológico na gestação

		Consultórios Particulares		Unidades de Saúde	
		Frequência		Frequência	
		Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
Na sua opinião é importante ir ao dentista durante a gestação?					
A	Sim	69	90,79%	277	91,42% *
B	Não	1	1,32%	9	2,97%
C	Não sei	6	7,89%	17	5,61%
Durante a gestação você irá ao dentista:					
A	Somente se sentir alguma dor	15	19,47%	45	14,85% **
B	Para receber orientações	53	69,74%	177	58,42% **
C	Na gestação devemos evitar o atendimento odontológico	1	1,32%	9	2,97%
D	Nesta fase tenho medo do tratamento	4	5,26%	42	13,76% **
E	Não sei	3	3,95%	30	9,90%

* p=0,98 (Qui-quadrado); ** p=0,39 (A), p=0,09 (B), p=0,12 (D) (Qui-quadrado)

Quando as gestantes foram indagadas quanto a alguma orientação recebida sobre saúde bucal e a origem dessa orientação, 65,7% de consultórios particulares e 43,5% de Unidades de Saúde relataram que a orientação sobre saúde bucal foi recebida exclusivamente do cirurgião-dentista. Os médicos foram a fonte dessa informação para 7,8% das gestantes de consultórios particulares e para 12,2% das gestantes de Unidades de Saúde; uma quantidade expressiva de 29,3% das gestantes de Unidades de Saúde não recebeu nenhuma orientação sobre saúde bucal, enquanto que esse fato ocorreu somente com 13% das gestantes de consultórios particulares. Um número menos importante nos dois grupos foi o das gestantes que obtiveram orientações sobre saúde bucal da mídia, ou de vizinhos, parentes e amigos. Ainda é relevante esclarecer que mais 5,2% das gestantes de consultórios particulares e 3,3% em Unidades de Saúde receberam orientações do cirurgião-dentista e de alguma outra fonte como se observa na TAB. 13 (p. 80).

Tabela 13- Distribuição da freqüência e origens das orientações sobre saúde bucal das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001

		Consultórios Particulares		Unidades de Saúde	
		Freqüência		Freqüência	
		Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
Você recebeu alguma orientação saúde bucal e de quem?					
A	Cirurgião-dentista	50	65,79%	132	43,56% *
B	Médico	6	7,89%	37	12,21% *
C	Televisão ou jornal	2	2,63%	18	5,94%
D	De vizinhos, parentes ou amigos	3	3,95%	14	4,62%
E	Não recebeu nenhuma orientação	10	13,16%	89	29,37% *
F	= A + D	1	1,32%	1	0,33% **
G	= A + C	-	-	5	1,65% **
H	= A + C + D	1	1,32%	1	0,33% **
I	= A + B	2	2,63%	2	0,66% **
J	= A + B + D	-	-	1	0,33% **

* $p < 0,01$ (A), $p = 0,39$ (B), $p < 0,01$ (E) (Qui-quadrado)

** $p = 0,30$ (F a J) (Teste exato de Fisher)

Esclarecendo o entendimento das gestantes sobre a idéia dos dentes se tornarem “mais fracos” na gestação, observou-se que a maioria delas, 50% de consultórios particulares e 64% em Unidades de Saúde, mostrou ter essa idéia sedimentada e aproximadamente 20% da amostra nos dois grupos não soube expressar sua opinião (TAB. 14 - p. 81).

Os dois últimos assuntos perguntados à gestante sobre a sua condição em relação ao bebê, foram quanto a sua nutrição e hábitos alimentares. Quando em primeira instância perguntou-se às gestantes sobre a influência de sua alimentação nos dentes e saúde bucal do bebê, 81,5% das futuras mães dos consultórios particulares responderam haver influência, enquanto que 54,7% das pacientes das Unidades de Saúde responderam dessa forma. Uma porcentagem de 30,6% das gestantes de Unidades de Saúde não soube responder à questão (TAB. 14 - p. 81). Em seguida, as gestantes foram questionadas quanto à possibilidade do bebê desenvolver uma predileção pelo sabor doce, caso a mãe ingerisse grande quantidade de doces durante a gestação. Como resposta, a maioria das grávidas,

47,3% nos consultórios particulares e 36,3% nas Unidades de Saúde não acreditou que houvesse essa relação; 21% das entrevistadas em consultórios particulares e 29,7% em Unidades de Saúde não souberam responder (TAB. 14 - p. 81).

Tabela 14 – Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto à idéia de “dentes fracos”, alimentação e consumo de açúcar das gestantes

		Consultórios Particulares		Unidades de Saúde	
		Frequência		Frequência	
		Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
Os dentes na gestação ficam mais fracos ou não?					
A	Sim	38	50,00%	194	64,03% *
B	Não	22	28,95%	48	15,84%
C	Não sei	16	21,05%	61	20,13%
Na sua opinião a alimentação da gestante terá ou não influência nos dentes e saúde bucal de seu filho?					
A	Sim	62	81,58%	166	54,79% **
B	Não	6	7,89%	44	14,52%
C	Não sei	8	10,53%	93	30,69%
Você acredita ou não que comer muita doçura na gestação pode fazer com que o seu bebê goste de doces também?					
A	Sim	24	31,58%	103	33,99%
B	Não	36	47,37%	110	36,30% ***
C	Não sei	16	21,05%	90	29,70%

* p=0,03 (Qui-Quadrado), ** p<0,01 (Qui-Quadrado), *** p=0,10 (Qui-quadrado)

Iniciando as questões relativas ao bebê, a princípio, as gestantes foram perguntadas quanto à transmissibilidade da doença cárie. Quando a questão tratava sobre a possibilidade da condição bucal de quem cuida do bebê poder influenciar na condição bucal dele, uma maioria expressiva, de 77,6% das gestantes de consultórios particulares e de 75,9% de Unidades de Saúde responderam que a influência é real (TAB. 15 - p. 82). Acompanhando fielmente a relação acima, quando

foi questionado se hábitos como beijar o bebê na boca e usar os mesmos talheres que o bebê poderiam transmitir a “cárie” para ele, 73,6% das mães de Unidades de Saúde responderam que isso era possível. A relação com a resposta anterior foi menos fiel para as gestantes de consultórios particulares onde somente 52,6% acreditam ser possível a transmissão por esses hábitos citados; 34,2% desse grupo de consultórios particulares não acredita nessa transmissão e 13,1% não soube opinar (TAB. 15 - p. 82).

Tabela 15- Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto à transmissibilidade

		Consultórios Particulares		Unidades de Saúde	
		Frequência		Frequência	
		Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
Na sua opinião, a condição bucal de quem cuida do bebê poderá ter influência na saúde bucal de seu bebê ou não?					
A	Sim	59	77,63%	230	75,91% *
B	Não	10	13,16%	27	8,91%
C	Não sei	7	9,21%	46	15,18%
Alguns hábitos como beijar o bebê na boca, usar os mesmos talheres que o bebê podem ou não transmitir a cárie para ele?					
A	Sim	40	52,63%	223	73,60% **
B	Não	26	34,21%	45	14,85%
C	Não sei	10	13,16%	35	11,55%

* p=0,87 (Qui-quadrado), ** p=0,12 (Qui-quadrado)

Duas questões sobre amamentação natural foram feitas, sendo a primeira delas relativa à influência desta no crescimento e desenvolvimento da boca ou da face do bebê; uma parcela de 90,7% e 85,8% das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde respectivamente, afirmaram ser a amamentação natural importante nesse sentido; 6,5% e 10,2% das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde respectivamente, não souberam responder (TAB. 16 - p. 84). Entretanto, quando o questionamento sobre a amamentação natural se referia à possibilidade de causar a doença cárie no bebê, aproximadamente 60% das gestantes dos dois grupos afirmaram que a amamentação natural não poderia

ser responsável pelo desenvolvimento de lesões de cárie no bebê. Uma porcentagem próxima de 20% nos dois grupos afirmou que a doença cárie poderia se desenvolver a partir da amamentação natural e 11,8% e 17,4% dos grupos de consultórios particulares e Unidades de Saúde, respectivamente, não souberam responder a esta questão (TAB. 16 - p. 84).

Quanto à etiologia da doença cárie no bebê, 65,7% das gestantes de consultórios particulares responderam que a possibilidade de aparecerem “cavidades de cárie” nos primeiros dentes do bebê seria devido à ausência de limpeza dos dentes após a amamentação natural ou na mamadeira. Uma parcela considerável (17,1%) não soube responder e parcelas menores e semelhantes se dividiram entre as opiniões de que a doença cárie se instalaria porque os dentes do bebê nasceram mais fracos (7,8%) ou relacionou a instalação da doença ao fato do bebê ter ingerido muitos medicamentos, que enfraqueceram os dentes (9,2%). Já nas Unidades de Saúde esta questão teve resultados não muito divergentes para três das alternativas disponíveis, com uma maior proporção de 38,6% das gestantes considerando que a etiologia da doença seria a ausência de limpeza dos dentes após as mamadas. As duas outras alternativas mais evidentes nesse grupo foram a de que as “cavidades de cárie” nos primeiros dentes do bebê apareceriam porque ele havia ingerido muitos medicamentos que enfraqueceram os dentes (21,4%) e de 23,7% dessas futuras mães que não souberam opinar; duas outras alternativas apareceram com menor frequência: 10,8% das gestantes afirmaram que as “cavidades de cárie” apareceriam porque os dentes nasceram mais fracos e 5,2% delas optaram por uma resposta que não havia sido levantada por nenhuma das gestantes de consultórios particulares, de que as “cavidades” eram devido ao bebê não ter mamado no seio materno (TAB. 17 - p. 85).

Quando o questionamento sobre os cuidados de higiene com o bebê foi colocado de forma mais explícita, praticamente todas as gestantes dos dois grupos, em torno de 90%, afirmaram que a limpeza dos dentes deveria ser feita logo que estes surgissem na boca do bebê, após a mamadeira ou a amamentação natural (TAB.17 - p. 85).

A tabela 18 (p. 86) evidencia o depoimento das futuras mães quando questionadas a respeito da idade com que elas levariam seus filhos para a primeira visita ao cirurgião-dentista. Os dois grupos apresentaram as maiores porcentagens,

69,7% para consultórios particulares e 64% para Unidades de Saúde, de futuras mães com pretensão de levar seus filhos ainda bebês, antes de 1 ano, para a primeira visita ao cirurgião-dentista; 18,4% das gestantes de consultórios particulares e 12,2% das Unidades de Saúde responderam que levariam seu filho para a primeira consulta odontológica aos 3 anos de idade; 5% em consultórios particulares e 13% em Unidades de Saúde responderam não haver idade determinada para atendimento odontológico, apenas quando houvesse necessidade e ainda 5 gestantes (1,6%) das Unidades de Saúde colocaram a pretensão de levar seu filho apenas aos 6 anos pela primeira vez ao dentista, alternativa não registrada na amostra dos consultórios particulares (TAB. 18 - p. 86).

Tabela 16- Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto à amamentação natural

		Consultórios Particulares		Unidades de Saúde	
		Frequência		Frequência	
		Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
Você acha ou não que a amamentação no peito tem alguma importância no crescimento e desenvolvimento da boca ou da face de seu filho?					
A	Sim	69	90,79%	260	85,81% *
B	Não	2	2,63%	12	3,96%
C	Não sei	5	6,58%	31	10,23%
Você acha que a amamentação no peito pode causar cárie no bebê ou não?					
A	Sim	18	23,68%	62	20,46%
B	Não	49	64,47%	188	62,05% **
C	Não sei	9	11,84%	53	17,49%

* p=0,34 (Qui-quadrado), ** p=0,80 (Qui-quadrado)

Uma vez analisado estatisticamente o conhecimento das gestantes dos dois grupos quanto às questões de forma individual, fez-se então uma análise geral dos grupos, a partir do número de acertos nos dados coletados, os quais foram agrupados e mensurados ordinalmente em escores que mediram o nível de informação de cada grupo de gestantes. Foram determinados 4 escores, dependendo do número de acertos no questionário. De 1 a 4 acertos, o

conhecimento foi classificado como ruim, de 5 a 8 acertos como regular, de 9 a 12 acertos como bom e quando houveram de 13 a 16 questões corretas, o conhecimento foi classificado como ótimo. As questões de números 3 e 18 não entraram nessa avaliação por não medirem exatamente o conhecimento da participante e sim avaliarem questões relacionadas ao comportamento de terceiros quanto à saúde bucal. O resultado observado com este tipo de mensuração foi: o conhecimento ruim apareceu em 1,3% das gestantes de consultórios particulares e 2,6% daquelas das Unidades de Saúde; os questionários que mediram o nível de conhecimento regular esteve presente em 17,1% das gestantes de consultórios particulares e em 31,4% das de Unidades de Saúde; o nível de conhecimento bom apresentou-se em 64,5% das gestantes de consultórios particulares e em 53,5% das entrevistadas em Unidades de Saúde; e enfim o número de gestantes com conhecimento ótimo atingiu 17,1% na amostra de consultórios particulares e 12,5% naquela de Unidades de Saúde (TAB. 19 - p. 87).

Tabela 17- Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto à etiologia de lesões de cárie e cuidados de higiene com o bebê

		Consultórios Particulares		Unidades de Saúde	
		Frequência		Frequência	
		Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
Se aparecerem cavidades de cárie nos primeiros dentes do bebê, você pensa que: (escolher apenas uma resposta)					
A	Os dentes nasceram mais fracos	6	7,89%	33	10,89% *
B	O bebê tomou muitos medicamentos que enfraqueceram os dentes	7	9,21%	65	21,45% *
C	É porque o bebê não mama no seio materno	-	-	16	5,28%
D	É porque o bebê mama no seio ou mamadeira sem limpar os dentes	50	65,79%	117	38,62% *
E	Não sei	13	17,11%	72	23,76%
Na sua opinião deve-se fazer ou não a limpeza dos dentes, logo que apareçam na boca do bebê, após a mamadeira ou a amamentação no peito?					
A	Sim	71	93,42%	275	90,76% **
B	Não	3	3,95%	6	1,98%
C	Não sei	2	2,63%	22	7,26%

* p=0,58 (A), p=0,02 (B), p<0,01 (D) (Qui-quadrado); ** p=0,61 (Qui-quadrado)

Tabela 18 - Distribuição das respostas das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba- Pr, 2001 quanto a época da primeira visita do bebê ao cirurgião-dentista

		Consultórios Particulares		Unidades de Saúde	
		Frequência		Frequência	
		Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
Com que idade você levará o seu filho pela primeira vez ao dentista? (escolher apenas uma resposta)					
A	Ainda bebê, antes de 1 ano	53	69,74%	194	64,03% *
B	3 anos	14	18,42%	37	12,21% *
C	6 anos	-	-	5	1,65%
D	Não há idade determinada, apenas quando houver necessidade	4	5,26%	41	13,53% *
E	Não sei	5	6,58%	26	8,58%

* p=0,42 (A), p=0,22 (B), p=0,07 (D) (Qui-quadrado)

Em seguida, descreveu-se o comportamento casual das variáveis (idade, número de gestações, trimestre gestacional e grau de escolaridade) sobre o grau de conhecimento dentro de um determinado grupo (Unidade de Saúde ou consultório particular), sem compará-los, somente para que fossem elaboradas algumas hipóteses. Este grau de conhecimento foi classificado, da mesma forma, nos 4 escores definidos anteriormente. Quando a variável descrita foi a idade, nos consultórios particulares observou-se que as gestantes mais novas dos grupos de 20 a 24 anos, na maioria das vezes, apresentaram nível de conhecimento regular (28,6%) ou bom (57%); da mesma forma, na faixa etária entre 25 e 29 anos a maior porção da amostra ainda continuou concentrada em nível de conhecimento regular (23%) e bom (57,7%); com o aumento da idade (30 a 34 anos), a maioria das gestantes apresentou um conhecimento bom (66,7%) e ótimo (18,5%), porém ainda houve uma porcentagem de 11% com conhecimento regular; a proporção do nível de conhecimento bom aumentou ainda mais (75%) na faixa etária de 35 a 39 anos e as gestantes com mais de 40 anos não obtiveram nenhum escore ruim ou regular no preenchimento dos questionários, concentrando toda a amostra com conhecimento bom (66,7%) e ótimo (33,3%), sendo que este último apresentou diferença consideravelmente superior ao grupo mais próximo de 35 a 39 anos (TAB. 20 - p. 87).

Tabela 19 – Frequência dos escores do nível de conhecimento geral sobre os assuntos questionados, das gestantes de consultórios particulares e Unidades de Saúde de Curitiba-Pr, 2001

Nível de conhecimento	Consultórios Particulares		Unidades de Saúde	
	Frequência		Frequência	
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
Ruim	1	1,3%	8	2,6%
Regular	13	17,1%	95	31,4%
Bom	49	64,5%	162	53,5%
Ótimo	13	17,1%	38	12,5%
TOTAL	76	100,0%	303	100,0%

Tabela 20 - Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto à idade das gestantes de consultórios particulares de Curitiba - Pr, 2001

Idade			Nível de Conhecimento				
			Ruim	Regular	Bom	Ótimo	TOTAL
15 a 19	Frequência	Absoluta	-	-	1	-	1
		Relativa	-	-	100,0%	-	100,0%
20 a 24	Frequência	Absoluta	-	2	4	1	7
		Relativa	-	28,6%	57,1%	14,3%	100,0%
25 a 29	Frequência	Absoluta	-	6	15	5	26
		Relativa	-	23,1%	57,7%	19,2%	100,0%
30 a 34	Frequência	Absoluta	1	3	18	5	27
		Relativa	3,7%	11,1%	66,7%	18,5%	100,0%
35 a 39	Frequência	Absoluta	-	2	9	1	12
		Relativa	-	16,7%	75,0%	8,3%	100,0%
≥ 40	Frequência	Absoluta	-	-	2	1	3
		Relativa	-	-	66,7%	33,3%	100,0%
TOTAL	Frequência	Absoluta	1	13	49	13	76
		Relativa	1,3%	17,1%	64,5%	17,1%	100,0%

Nas Unidades de Saúde, o comportamento das gestantes segundo a variável idade mostrou-se bastante uniforme, não havendo grandes oscilações. Independente da faixa etária analisada, os 6 subgrupos de idades diferentes apresentaram a maioria das gestantes com conhecimento regular ou bom. Houve uma ordem levemente crescente do grau de conhecimento bom com o aumento da idade e a partir dos 30 anos de idade, não se evidenciou nenhuma gestante com nível de conhecimento ruim (TAB. 21 - p. 88).

Tabela 21 - Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto à idade das gestantes de Unidades de Saúde de Curitiba - Pr, 2001

Idade			Nível de Conhecimento				TOTAL
			Ruim	Regular	Bom	Ótimo	
15 a 19	Frequência	Absoluta	2	26	39	9	76
		Relativa	2,6%	34,2%	51,4%	11,8%	100,0%
20 a 24	Frequência	Absoluta	2	30	52	13	97
		Relativa	2,1%	30,9%	53,6%	13,4%	100,0%
25 a 29	Frequência	Absoluta	4	25	46	10	85
		Relativa	4,7%	29,4%	54,1%	11,8%	100,0%
30 a 34	Frequência	Absoluta	-	9	16	4	29
		Relativa	-	31,0%	55,2%	13,8%	100,0%
35 a 39	Frequência	Absoluta	-	3	7	2	12
		Relativa	-	25,0%	58,3%	16,7%	100,0%
≥ 40	Frequência	Absoluta	-	2	2	-	4
		Relativa	-	50,0%	50,0%	-	100,0%
TOTAL	Frequência	Absoluta	8	95	162	38	303
		Relativa	2,6%	31,4%	53,5%	12,5%	100,0%

Quanto ao trimestre de gestação, nos consultórios particulares esta variável, assim como a idade, teve uma certa influência sobre os resultados. Neste grupo de consultórios particulares, a maioria das gestantes tanto no 1º como no 2º ou 3º trimestre de gestação, apresentou um nível de conhecimento bom, porém houve diferença entre os 3 subgrupos quanto às proporções de nível de conhecimento regular e ótimo. Nas gestantes que estavam no 1º trimestre gestacional, 50% apresentaram nível de conhecimento bom, 35,8% nível de conhecimento regular e o restante da amostra (14,2%) dividiu-se entre os níveis ruim e ótimo. Quando perguntou-se às gestantes no 2º trimestre, 71,4% mostrou um nível de conhecimento bom e o restante da amostra (28,6%) dividiu-se em iguais proporções em nível de conhecimento regular e ótimo. Nenhuma gestante desse subgrupo apresentou grau de conhecimento ruim. No 3º trimestre de gestação, o nível de conhecimento bom correspondeu a 64,7% das futuras mães, o nível regular diminuiu (11,8%) em relação às gestantes em 2º trimestre e o nível ótimo aumentou (23,5%) em relação ao subgrupo anterior. Nesse subgrupo de 3º trimestre também não houve frequência de grau de conhecimento ruim (TAB. 22 - p. 89).

Tabela 22 - Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto ao trimestre gestacional das gestantes de consultórios particulares de Curitiba - Pr, 2001

Trimestre de gestação			Nível de Conhecimento				TOTAL
			Ruim	Regular	Bom	Ótimo	
I	Frequência	Absoluta	1	5	7	1	14
		Relativa	7,1%	35,8%	50,0%	7,1%	100,0%
II	Frequência	Absoluta	-	4	20	4	28
		Relativa	-	14,3%	71,4%	14,3%	100,0%
III	Frequência	Absoluta	-	4	22	8	34
		Relativa	-	11,8%	64,7%	23,5%	100,0%
TOTAL	Frequência	Absoluta	1	13	49	13	76
		Relativa	1,3%	17,1%	64,5%	17,1%	100,0%

Nas Unidades de Saúde, a classificação do conhecimento comparando-se grávidas que estavam no 1º, 2º ou 3º trimestre de gestação no momento do questionário, evidencia que a maioria delas apresentou em primeiro lugar um nível bom de conhecimento e em segundo, um nível regular, sugerindo não haver diferença do nível de conhecimento quanto à variável do trimestre gestacional para este grupo (TAB. 23 - p. 89).

Tabela 23 - Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto ao trimestre gestacional das gestantes de Unidades de Saúde de Curitiba - Pr, 2001

Trimestre de gestação			Nível de Conhecimento				TOTAL
			Ruim	Regular	Bom	Ótimo	
I	Frequência	Absoluta	-	16	25	5	46
		Relativa	-	34,8%	54,3%	10,9%	100,0%
II	Frequência	Absoluta	3	47	69	23	142
		Relativa	2,1%	33,1%	48,6%	16,2%	100,0%
III	Frequência	Absoluta	5	32	68	10	115
		Relativa	4,3%	27,8%	59,1%	8,8%	100,0%
TOTAL	Frequência	Absoluta	8	95	162	38	303
		Relativa	2,6%	31,4%	53,5%	12,5%	100,0%

Para a variável número de gestações em consultórios particulares, houve diferença no nível de conhecimento entre aquelas mães que estavam na 1ª gestação, 2ª ou 3ª gestação e acima da 3ª gestação. As gestantes na 1ª gestação apresentaram na maioria um nível bom de conhecimento de 63,8% seguidas do

nível regular de 23,4% e o nível ótimo em 12,8%. Já para as mães que estavam entre a 2ª e 3ª gestação, o nível de conhecimento bom elevou-se para 66,7%, o nível ótimo para 22,2% e o nível regular declinou para 7,4%. E para aquelas gestantes que se encontravam acima da 3ª gestação, houve a totalidade da amostra dividida entre o níveis de conhecimento bom e ótimo, não havendo registro de gestantes com nível de conhecimento ruim ou regular (TAB. 24 - p. 90).

Tabela 24 - Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto ao número de gestações das gestantes de consultórios particulares de Curitiba - Pr, 2001

Número de gestações			Nível de Conhecimento				TOTAL
			Ruim	Regular	Bom	Ótimo	
1	Frequência	Absoluta	-	11	30	6	47
		Relativa	-	23,4%	63,8%	12,8%	100,0%
2 a 3	Frequência	Absoluta	1	2	18	6	27
		Relativa	3,7%	7,4%	66,7%	22,2%	100,0%
> 3	Frequência	Absoluta	-	-	1	1	2
		Relativa	-	-	50,0%	50,0%	100,0%
TOTAL	Frequência	Absoluta	1	13	49	13	76
		Relativa	1,3%	17,1%	64,5%	17,1%	100,00%

Nas Unidades de Saúde, conforme ocorreu com as demais variáveis, não houve grande alteração do nível de conhecimento segundo o número de gestações. A maioria das gestantes tanto na 1ª gestação, como entre 2ª e 3ª gestação ou acima disso, apresentaram o nível de conhecimento entre bom e regular. O nível de conhecimento ótimo, em contra partida, foi mais evidente nas gestantes em 1ª, 2ª ou 3ª gestação do que naquelas acima da 3ª (TAB. 25 - p. 91).

A última variável descrita, foi o grau de escolaridade das gestantes e sua relação com o nível de conhecimento. Nos consultórios particulares, essa variável mais uma vez mostrou-se influente sobre os resultados. Uma única gestante nesse grupo apresentou 2º grau incompleto e o seu nível de conhecimento foi bom. Dentre as mulheres que possuíam 2º grau completo, 44,4% mostrou um nível de conhecimento regular e 55,6% um nível bom; as gestantes com grau de escolaridade superior (3º grau), se dividiram entre 13,7% com nível de conhecimento regular, 68,6% com nível bom, 15,7% com o conhecimento ótimo e somente uma gestante (2%) com conhecimento ruim. O maior nível de escolaridade observado

nessa amostra foi o de pós-graduação e teve sua totalidade segmentada em 13,3% com nível de conhecimento regular, 53,4% com nível de conhecimento bom e nesse subgrupo houve um acréscimo visível das gestantes com conhecimento ótimo que somaram 33,3% (TAB. 26 - p. 92).

Tabela 25 - Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto ao número de gestações das gestantes de Unidades de Saúde de Curitiba - Pr, 2001

Número de gestações			Nível de Conhecimento				TOTAL
			Ruim	Regular	Bom	Ótimo	
1	Frequência	Absoluta	3	45	82	17	147
		Relativa	2,0%	30,6%	55,8%	11,6%	100,0%
2 a 3	Frequência	Absoluta	4	33	63	20	120
		Relativa	3,3%	27,5%	52,5%	16,7%	100,0%
> 3	Frequência	Absoluta	1	17	17	1	36
		Relativa	2,8%	47,2%	47,2%	2,8%	100,0%
TOTAL	Frequência	Absoluta	8	95	162	38	303
		Relativa	2,6%	31,4%	53,5%	12,5%	100,0%

Nas Unidades de Saúde, o grau de escolaridade mostrou mudanças sutis no nível de conhecimento das gestantes. A maioria da amostra nos subgrupos com grau de escolaridade de 1º grau incompleto, 1º grau completo e 2º grau incompleto posicionaram-se entre o nível de conhecimento regular (36,5%, 32,7% e 35,7%, respectivamente) e bom (52,2%, 46,5% e 50%, respectivamente). As gestantes com 2º grau completo ainda comportaram-se da mesma forma, com o nível de conhecimento mais evidente entre regular e bom, embora tenha havido um declínio do nível regular (22,7%) e um acréscimo considerável do nível bom (60,2%). E ainda as pacientes com nível de escolaridade superior (3º grau), apresentaram 66,6% de conhecimento bom e 33,4% divididas em partes iguais de conhecimento regular (16,7%) e ótimo (16,7%). Uma única gestante analfabeta e outra com pós-graduação participaram da amostra das Unidades de Saúde e ambas apresentaram nível regular de conhecimento (TAB. 27 - p. 93).

A TAB. 28 (p. 94) contém o resultado da análise das variáveis propriamente dita, após a sua recategorização, conforme explicado no capítulo da Metodologia, para proceder-se ao teste de associação do Qui-quadrado e posteriormente à análise de regressão logística múltipla (TAB. 29 - p. 94). Mostraram-se associadas

com o grau de conhecimento sobre saúde bucal das gestantes, a escolaridade e o local da consulta obstétrica. Quanto maior o grau de escolaridade da gestante, maior o grau de conhecimento sobre saúde bucal, diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Tabela 26 - Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto ao grau de escolaridade das gestantes de consultórios particulares de Curitiba - Pr, 2001

Escolaridade			Nível de Conhecimento				TOTAL
			Ruim	Regular	Bom	Ótimo	
2º grau incompleto	Frequência	Absoluta	-	-	1	-	1
		Relativa	-	-	100,0%	-	100,0%
2º grau completo	Frequência	Absoluta	-	4	5	-	9
		Relativa	-	44,4%	55,6%	-	100,0%
3º grau	Frequência	Absoluta	1	7	35	8	51
		Relativa	2,0%	13,7%	68,6%	15,7%	100,0%
Pós-graduação	Frequência	Absoluta	-	2	8	5	15
		Relativa	-	13,3%	53,4%	33,3%	100,0%
TOTAL	Frequência	Absoluta	1	13	49	13	76
		Relativa	1,3%	17,1%	64,5%	17,1%	100,0%

Em seguida, foi realizada a análise de regressão logística múltipla não condicional (TAB. 29 - p. 94) com o objetivo de se avaliar os fatores de risco independentes para o baixo grau de conhecimento das gestantes sobre saúde bucal. Foram incluídas no modelo, as variáveis que apresentaram significância estatística na análise univariada (escolaridade e local da consulta) e a variável idade por ter apresentado um valor de p menor que 0,20 (HOSMER ; LEMESHOW, 1989).

Na análise bruta (1ª coluna - TAB. 29 - p. 94) verificou-se que menor escolaridade e freqüentar Unidade de Saúde foram associadas com menor grau de conhecimento sobre saúde bucal. Gestantes com nível intermediário de escolaridade (1º grau completo a 2º grau incompleto) apresentaram 1,8 vezes a chance de terem baixo grau de conhecimento sobre saúde bucal, quando comparadas com gestantes com o maior grau de escolaridade (2º grau completo ou acima), enquanto as de baixo grau de escolaridade (até 1º grau incompleto) apresentaram um risco de 2,3 vezes de possuírem baixo grau de conhecimento sobre saúde bucal, quando comparadas com as de maior escolaridade. Analogamente, as gestantes que

freqüentavam Unidades de Saúde mostraram 2,7 vezes a chance de terem baixo grau de conhecimento em relação às gestantes que freqüentavam consultórios particulares.

Tabela 27 - Frequência dos escores do nível de conhecimento quanto ao grau de escolaridade das gestantes de Unidades de Saúde de Curitiba - Pr, 2001

Escolaridade			Nível de Conhecimento				TOTAL
			Ruim	Regular	Bom	Ótimo	
Analfabeta	Frequência	Absoluta	-	1	-	-	1
		Relativa	-	100,0%	-	-	100%
1º grau Incompleto	Frequência	Absoluta	5	42	60	8	115
		Relativa	4,3%	36,5%	52,2%	7,0%	100,0%
1º grau completo	Frequência	Absoluta	1	19	27	11	58
		Relativa	1,7%	32,7%	46,5%	19,1%	100,0%
2º grau incompleto	Frequência	Absoluta	-	10	14	4	28
		Relativa	-	35,7%	50,0%	14,3%	100,0%
2º grau completo	Frequência	Absoluta	2	20	53	13	88
		Relativa	2,3%	22,7%	60,2%	14,8%	100,0%
3º grau completo	Frequência	Absoluta	-	2	8	2	12
		Relativa	-	16,7%	66,6%	16,7%	100,0%
Pós-graduação	Frequência	Absoluta	-	1	-	-	1
		Relativa	-	100,0%	-	-	100,0%
TOTAL	Frequência	Absoluta	8	95	162	38	303
		Relativa	2,6%	31,4%	53,5%	12,5%	100,0%

Quando procedeu-se à análise múltipla (2ª coluna - TAB. 29 - p. 94), verificou-se que a variável local de consulta perdeu a significância estatística quando analisada em conjunto com a variável escolaridade. Assim, fica claramente indicado que a associação anteriormente verificada entre local da consulta e grau de conhecimento estava sendo influenciada pela maior escolaridade das gestantes que freqüentam consultórios particulares. A baixa escolaridade das gestantes foi o único fator associado, de maneira independente das demais variáveis estudadas, ao baixo grau de conhecimento sobre saúde bucal apresentado pelas gestantes. Uma gestante com o mais baixo grau de escolaridade (até 1º grau incompleto) apresentou 1,7 chances de ter baixo conhecimento sobre saúde bucal, independentemente das demais variáveis estudadas, indicando ser a escolaridade da gestante e não o local da consulta, o determinante do conhecimento sobre saúde bucal.

Tabela 28 - Associação entre o grau de conhecimento sobre saúde bucal das gestantes e fatores sócio-demográficos. Curitiba- PR, 2001. Teste do Qui-quadrado e valores de p

Variável	Alto nível de conhecimento N (%)	Baixo nível de conhecimento N (%)	χ^2	p
Idade			4,159	0,125
15 a 22 anos	66 (49,6)	67 (50,4)		
23 a 27 anos	68 (54,8)	56 (45,2)		
28 a 43 anos	76 (62,3)	46 (37,7)		
Total	210 (55,4)	169 (44,6)		
Escolaridade			12,235	<0,01
Até 1º grau incompleto	52 (44,8)	64 (55,2)		
1º grau completo a 2º grau incomp.	44 (50,6)	43 (49,4)		
2º grau completo e acima	114 (64,8)	62 (35,2)		
Total	210 (55,4)	169 (44,6)		
Trimestre da gestação			0,120	0,942
1º	34 (56,7)	26 (43,3)		
2º	95 (55,9)	75 (44,1)		
3º	81 (54,4)	68 (45,6)		
Total	210 (55,4)	169 (44,6)		
Número de gestações			0,170	0,606
1	105 (56,8)	20 (26,3)		
≥ 2	105 (54,1)	149 (49,2)		
Total	210 (55,4)	169 (44,6)		
Local de consulta obstétrica			12,850	< 0,01
Consultório particular	56 (73,7)	20 (26,3)		
Unidade de Saúde	154 (50,8)	149 (49,2)		
Total	210 (55,4)	169 (44,6)		

Tabela 29 - Associação entre baixo grau de conhecimento sobre saúde bucal das gestantes e fatores de risco sócio-demográficos e relacionados aos serviços de saúde – modelo de regressão logística múltipla. Curitiba- PR, 2001

Variável/Categoria	OR ^b (IC 95%(OR))	p ^b	OR ^a (IC 95%(OR))	P ^a
Escolaridade		0,002		0,150
2º grau completo e +	1,0		1,0	
1º grau completo a 2º grau incomp.	1,8 (1,1-3,0)		1,3 (0,7-2,0)	0,339
Até 1º grau incompleto	2,3 (1,4-3,7)		1,7 (1,0-3,8)	0,050
Local de consulta obstétrica		<0,001		0,060
Consultório particular				
Unidade de Saúde	1,0		1,0	
	2,7 (1,6-4,7)		1,9 (1,0-3,8)	
Idade		0,127		0,851
28 a 43 anos	1,0		1,0	
23 a 27 anos	1,4 (0,8-2,3)		1,1 (0,6-1,8)	0,837
15 a 22 anos	1,7 (1,0-2,8)		1,2 (0,7-2,0)	0,582

a: ajustada pelas outras variáveis do bloco;

b: análise univariada;

OR: ODDS RATIO PU RAZÃO DE CHANCES: indica o risco;

IC 95%: INTERVALO DE CONFIANÇA DE 95%.

6 DISCUSSÃO

A magia do período gestacional consegue predispor a futura mãe a modificar hábitos e comportamentos, mesmo que esses estejam implantados firmemente em seu cotidiano a um certo tempo. É indiscutível que qualquer mãe ou mulher que esteja preparando-se para este papel, fará sem medir esforços e até com sacrifícios necessários, o que lhe for sugerido como “o melhor” para seu filho, em termos de educação, hábitos, maneiras e saúde principalmente. Por isso, a importância da realização de ações preventivas em saúde bucal nos grupos de gestantes é afirmada por muitos autores (EDWARDS; ROWNTREE, 1969; LEE, 1984; BARNBY, 1984; PAUNIO et al., 1994; MENINO; BIJELLA, 1995; KINNBY et al., 1995; BARBOSA; CHELOTTI, 1997; CORSETTI; FIGUEIREDO; DUTRA, 1998; SCAVUZZI; ROCHA; VIANNA, 1998; TORRES et al., 2001), devido à receptividade e disposição em adquirir novas atitudes que possam beneficiar o seu bebê.

Sendo então a gestante um grande “coringa” quando se pretende trabalhar numa filosofia de promoção de saúde bucal, uma vez que ela poderá agir de diferentes formas, educando seus filhos com hábitos ideais de alimentação e higiene, é importante que o período pré-natal seja valorizado como a fase ideal (EDWARDS; ROWNTREE, 1969; LEE, 1984; KONISHI, 1995; SCAVUZZI; ROCHA, 1999; VIEIRA; AMORIM; ORIOLI, 1999; TORRES et al., 1999) para se apresentar, justificar, explicar e instruir as futuras mães quanto aos conhecimentos em saúde bucal. Para isso, não só a equipe que realiza o atendimento pré-natal (médicos, enfermeiras, nutricionistas, assistentes sociais) deverá estar engajada nesse contexto e preparada para repassar os ensinamentos sobre saúde bucal, conforme sugerido por Barnby (1984) e Menino e Bijella (1995), como também o cirurgião-dentista (MENINO; BIJELLA, 1995; MOURA et al., 2001) e o técnico em higiene dental, são profissionais imprescindíveis em uma equipe pré-natal, para que esse processo de educação para a saúde se confirme.

Os ensinamentos transmitidos às gestantes deverão mostrar a sua responsabilidade em garantir a saúde bucal das crianças a partir do entendimento da necessidade em educá-las com hábitos de higiene e de alimentação saudáveis; evidenciar claramente às futuras mães a etiologia das doenças cárie e periodontal para que a partir daí, aprendam a preveni-las (KONISHI, 1995); promover

entendimento do quanto o período gestacional interfere na cavidade bucal da futura mãe, aumentando a susceptibilidade às doenças cárie e periodontal; ressaltar a possibilidade da transmissão das bactérias responsáveis por essas doenças e o modo dessa transmissão e esclarecer, uma vez entendida a etiologia das doenças bucais, a importância dos hábitos alimentares, de higiene bucal dos bebês e de rotina de visitas ao odontopediatra. E uma vez feita a explanação aos futuros pais e gestantes do quanto o equilíbrio bucal de seus filhos dependerá da sua conscientização e dedicação, eles sentir-se-ão valorizados e mais motivados em seguir as orientações repassadas para promover saúde bucal, porque, como afirmam Barbosa e Chelotti (1997), “o grau de informação dos pais indubitavelmente refletirá na saúde bucal de seus filhos”.

Percebeu-se neste estudo uma grande aceitação e disponibilidade por parte das gestantes, uma vez que verificou-se um índice nulo de falta de colaboração ou recusa no momento em que eram abordadas para responder o questionário, e principalmente pela solicitação de esclarecimentos sobre saúde bucal após o preenchimento do questionário, comportamento que demonstrou o interesse que tinham pelo assunto. Scavuzzi; Rocha; Vianna (1998) da mesma forma, encontraram uma predisposição das futuras mães em adquirir novos conhecimentos, quando 87% das gestantes de seu estudo mostraram intenção positiva na participação de grupos de estudo para receber informações sobre saúde bucal.

Caracterizando a amostra estudada, a idade média das gestantes de Unidades de Saúde foi de 23 anos, inferior a de consultórios particulares que foi de 30 anos (TAB. 2 - p. 71), e essa relação se manteve em 20 e 29 anos, quando se considerou a 1ª gestação, respectivamente.

Essa diferença entre a idade das gestantes de consultórios particulares, mais avançada para todas as gestações, poderia, em hipótese, ter influenciado e intensificado o fato de possuírem mais conhecimento sobre saúde bucal, uma vez que com maior tempo de experiência e vivência, provavelmente tiveram mais acesso à informação de todos os tipos, incluindo conhecimento sobre saúde bucal. Este fato foi constatado nos resultados do presente trabalho, quando o nível de conhecimento alto representou 73,7% para as gestantes de consultórios particulares em comparação a 50,8% daquelas das Unidades de Saúde (TAB. 28 - p. 94).

Entretanto, a análise estatística posterior, evidenciou que a idade não influenciou o nível de conhecimento.

Provavelmente a idade mais avançada das gestantes de consultórios particulares seja reflexo da realidade atual, onde as mulheres estabelecem como prioridade a sua formação profissional e somente mais tarde, na seqüência, assumem a idéia de ser mãe, visto que a maior parte dessa amostra (67%) apresentou escolaridade de 3º grau e que ainda mais 19,7% apresentaram nível de pós-graduação (TAB. 3 - p. 72).

Por outro lado, as gestantes de Unidades de Saúde, além da situação adversa de sua própria vida que dificulta o investimento nos estudos, tem uma gravidez mais precoce, característica que teve sua incidência aumentada nitidamente nas últimas décadas (NASCIMENTO; LOPES, 1996), e que determina a necessidade de abandonar a escola.

Costa et al. (1998) salientam que a idade das gestantes influi na disposição que elas terão para dedicar-se a programas de educação, visto que mães mais jovens têm mais abertura para incorporar novos hábitos de saúde, bem como para freqüentar reuniões e palestras educativas.

Comparando-se as características das amostras de estudos semelhantes ao presente, Machuca et al. (1999) em Sevilha observaram que 30 anos foi a idade média das gestantes, mesmo predominando nível primário de escolaridade (54,6%) cuja ocupação principal das futuras mães era "donas de casa" (47,7%). A idade média das mulheres questionadas por Lee (1984) em Vancouver foi de 25 anos.

Já os estudos mais próximos a este, realizados no Brasil, evidenciaram uma faixa etária média semelhante. No estudo de Menino e Bijella (1995), a média de idade das gestantes atendidas em Núcleos de Saúde foi de 23,7 anos, com nível sócio-econômico e de instrução baixos, o que condiz com a nossa discussão anterior. E para Scavuzzi; Rocha; Vianna (1998) a idade média verificada foi de 24 anos e nível de escolaridade baixo.

Nesse estudo, a maioria das futuras mães (37,9%) oriundas de Unidades de Saúde tinham o 1º grau incompleto, 19,1% completo (TAB. 3 - p. 72) e 53% dessas mulheres tinham como ocupação principal os afazeres do lar, sem portanto, possuir uma profissão. O comportamento de permanecer em casa, segundo Barnby (1984),

é freqüentemente assumido pelas gestantes, porém, essa situação ocorreu somente em 2,6% das gestantes da amostra de consultórios particulares entrevistadas no presente estudo.

Costa et al. (1998) observaram que 90% das futuras mães tinham como principal ocupação as tarefas do lar e o grau de escolaridade foi de 40% com 1º grau completo e 45% com renda familiar de até um salário mínimo. Pode-se considerar então, que os resultados deste estudo, no qual, 53% eram gestantes “do lar” não foi tão expressivo, uma vez que a maior parte da amostra de Unidades de Saúde apresentou baixa escolaridade (57%) com 1º grau completo ou incompleto e também renda familiar mensal baixa, com 57% recebendo entre 1 e 3 salários mínimos (TAB. 5 - p. 73).

Quanto à escolaridade, o estudo de Silva; Lopes; Menezes (1999) realizado também em Curitiba, evidencia um resultado bem próximo ao presente estudo com 60% das gestantes apresentando nível de 1º grau (completo ou incompleto). Entretanto, para as gestantes com 2º grau (completo ou incompleto) a porcentagem deste estudo foi superior àquela encontrada pelos autores (23%). A maior diferença porém, aconteceu em gestantes com nível de 3º grau, onde encontraram 17% nessa situação, e no presente estudo apenas 4%.

Antes do nascimento já há a possibilidade de dirigir atenções à dentição decídua em formação. Esta é a odontologia intra-uterina propriamente dita. A oportunidade que as gestantes têm de favorecer a saúde bucal do bebê ainda no útero, emerge quando percebe-se a importância da alimentação da gestante para o desenvolvimento dos germes dentários e glândulas salivares do bebê (CHENGER; KOVACIK, 1987; AKPABIO, 1996).

Referindo-se à alimentação, Shaw (1970) afirma que existe relação entre hábitos alimentares inadequados durante a gestação e atraso na erupção dental, defeitos estruturais e mineralização imperfeita do esmalte e dentina, alterações de desenvolvimento das glândulas salivares, aspecto que interfere na qualidade e quantidade de saliva secretada e que poderá diminuir o mecanismo protetor contra a doença cárie.

A conscientização de que a alimentação materna tem influência nos dentes e saúde bucal do bebê parece estar sedimentada nas futuras mães de consultórios

particulares, visto que 81,5% delas responderam que esta relação existe. Entretanto, nas gestantes de Unidades de Saúde, houve uma diferença significativa na comparação dos resultados ($p < 0,01$) (TAB. 14 - p. 81), quando o percentual que possuiu essa noção caiu para 54,7%, havendo necessidade de maiores esclarecimentos, pois 45% dessa parcela não valoriza nesse sentido, o período pré-natal como fator importante para a saúde bucal dos bebês. Essa relação “alimentação materna – saúde bucal dos bebês” deverá ser propagada às gestantes, sem é claro, esquecer-se de ressaltar o quanto a alimentação é importante para a formação de todos os órgãos e tecidos fetais.

Para Chenger e Kovacik (1987) a rotina alimentar da gestante deverá ser revista para determinar se nutrientes apropriados estão disponíveis. Cunha (2001), por sua vez, salienta que a adequada nutrição materna é reconhecida como um dos principais determinantes do bem-estar fetal e neonatal.

Para esse entendimento tornar-se verdade, as gestantes devem reconhecer que os nutrientes para uma boa formação e calcificação dentária, principalmente suplementos de cálcio e fósforo ao feto, provêm da alimentação materna e não são absorvidos dos dentes da gestante, como a crença popular costuma propagar (CONSUMER'S GUIDE TO DENTAL HEALTH, 1982; CHENGER; KOVACIK, 1987; AKPABIO, 1996; CARVALHO, 1998). A idéia da retirada de cálcio ou flúor dos dentes da gestante pelo bebê não procede, uma vez que os elementos dentários já estão formados e sua estrutura não poderá ser atingida (BISTULFI, 2000).

Os resultados obtidos neste estudo comprovam que o tabu de que durante a gestação os dentes ficam mais fracos ainda é bastante difundido, uma vez que 50% das gestantes de consultórios particulares e 64% em Unidades de Saúde acreditam nesse efeito da gravidez sobre os dentes, diferença que foi estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p = 0,03$); e ainda 20% nos 2 grupos não souberam opinar (TAB. 14 - p. 81). Menino e Bijella (1995) observaram um valor de 38%, inferior ao observado neste estudo, das futuras mães que afirmaram que o problema bucal decorrente da gestação seria o enfraquecimento dos dentes, devido à retirada de cálcio pelo bebê; entretanto, 25% das gestantes afirmaram que o problema bucal seria o aumento de lesões de cárie. No estudo de Scavuzzi; Rocha; Vianna (1998), 80% das gestantes relataram “dor de dente”, afirmando que este sintoma iniciou-se

após a gestação, refletindo a crença de que a gravidez possa gerar problemas dentais.

Diante do exposto, é preciso esclarecer às gestantes o que realmente acontece durante a gravidez, orientando que não são os dentes que se tornam fracos, mais sim alterações bioquímicas presentes na cavidade bucal e outras alterações no estilo de vida decorrentes da gestação é que podem aumentar a susceptibilidade à doença cárie. Uma vez que a gestante conheça corretamente a etiologia da doença e também que são as condições bucais inerentes ao seu estado que podem levar ao maior risco à doença, ela entenderá também que controlando essas condições, o risco e a possível atividade da doença poderão ser evitados.

Entretanto, não é isso que acontece ainda, pois a gestante acredita que a doença cárie será uma certeza inevitável (FARIA, 1996) e não mostra interesse em controlar os fatores que possam preveni-la. Há assim, uma certa acomodação das futuras mães (SCAVUZZI; ROCHA; VIANNA, 1998), que negligenciam cuidados com a higiene e tratamento odontológico durante essa fase (CARVALHO, 1988; SALVOLINI et al., 1998), uma vez que para elas o bebê é o responsável pelo seu estado bucal e qualquer esforço para melhorá-lo seria em vão.

No estudo de Rocha (1993), 64,5% das gestantes entrevistadas responderam que todas as pessoas teriam dentes comprometidos e 62% acreditavam que os dentes permanentes não tinham durabilidade por toda a vida; Misrachi e Sáez (1989), (apud MENINO; BIJELLA, 1995), verificaram que a hereditariedade, a gravidez e fatores congênitos são as causas mais comumente citadas pelas gestantes como responsáveis pela doença cárie e afirmaram que o conceito de doença em relação aos dentes e tecidos de suporte não eram assimilados pela população.

Apesar de uma grande parte das gestantes possuir o falso conhecimento de que a gravidez possa tornar os dentes mais fracos, a análise dos resultados da TAB. 8 (p. 75) permite afirmar que uma porção considerável daquelas de consultórios particulares (44,7%) já tem a noção correta e atual do conceito e etiologia da cárie dentária, que é de uma doença infecciosa, bacteriana, relacionada a uma alimentação rica em carboidratos e manifestada em função da dinâmica entre placa bacteriana, saliva e estrutura dental (KRIGER; MOYSÉS, 1997), uma vez que responderam que a cárie dentária é uma doença que depende da alimentação e de

bactérias e não consideraram as seqüelas da doença (cavidades, “buracos”, manchas) como parte do seu conceito. Este conhecimento é imprescindível para eliminar a idéia anterior do enfraquecimento dentário. Percebeu-se também neste grupo que 22% das gestantes conhecem o conceito adequado da doença, porém ainda acreditam que a esse conceito somam-se as suas seqüelas, ou seja, cavidades, “buracos” ou manchas nos dentes. Essa observação pode ser reflexo da fase de transição que este paradigma vem vivenciando. É preciso cada vez mais pregar o entendimento da natureza infecciosa, multifatorial, dinâmica, sócio-econômica-cultural do processo das doenças cárie e periodontal; enfatizar a compreensão de que as lesões são apenas o resultado de um desequilíbrio duradouro do binômio saúde-doença e não a sua causa e a compreensão de que essa patologia deverá ser tratada como doença e não como lesão, com necessidade da identificação das variáveis intra e extrabucais que estão desequilibrando para a doença, esse processo (WEYNE, 1997).

Quando o mesmo questionamento do “que é a cárie dentária” foi feito às gestantes de Unidades de Saúde, observou-se resultados menos satisfatórios, e com diferença altamente significativa ($p < 0,001$) em relação à resposta da amostra de consultórios particulares (TAB. 8 - p. 75), visto que apenas 17,8% da amostra respondeu como o único conceito de cárie aquele correto citado acima; 18% dessa amostra afirmou que cárie é uma doença que depende da alimentação e bactérias e também citou as suas seqüelas (cavidades, “buracos”, manchas) como integrantes do conceito da doença. Contudo, o resultado mais preocupante é que aproximadamente 55% das gestantes de Unidades de Saúde tem a idéia completamente incorreta do conceito da doença cárie, fixando-se somente no conceito antigo, da sua conseqüência final (cavidades, “buracos”, manchas) e não a cárie como doença. Nos consultórios particulares essa foi a resposta para 31% das gestantes.

A porcentagem de gestantes que não souberam responder a essa questão foi pequena, sendo 1,3% nos consultórios particulares e 9,2% nas Unidades de Saúde. No estudo de Menino e Bijella (1995), o mesmo questionamento teve como resultado que 42,7% das gestantes não souberam o que era a cárie dentária; 18,7% responderam que era um dente “furado”, estragado, podre, sujo e 13,3% responderam que era uma mancha (amarela, preta ou marrom) no dente.

Barbosa e Chelotti (1997) evidenciaram que grande parte da amostra (97,2%) reconheceu a cárie como uma doença que só poderia ser removida pelo cirurgião-dentista; já no estudo de Costa et al. (1998), 72% das gestantes souberam como se forma a cárie dentária e Silva; Lopes; Menezes (1999) revelaram que 69% das gestantes consideraram a cárie uma doença evitável. Percebe-se que a filosofia de promoção de saúde está paulatinamente sendo assimilada pela população.

A segunda etapa importante é mostrar às gestantes as mudanças que propiciam a sua vulnerabilidade à doença cárie, relatadas por várias pesquisas. É essencial salientar que durante a gestação há uma maior frequência da ingestão de lanches (CONSUMER'S GUIDE TO DENTAL HEALTH, 1982; BARNBY, 1984; CHENGER; KOVACIK, 1987; NASCIMENTO; LOPES, 1996; CORSETTI; FIGUEIREDO; DUTRA, 1998; BISTULFI, 2000), com intervalos pequenos entre eles pelo fato desses atenuarem os enjoos inerentes ao 1º trimestre, e por amenizarem o desconforto da indigestão do 3º trimestre gestacional. Outra alteração comum no estilo de vida das futuras mães é que por vezes, desistem do emprego e permanecem mais tempo em casa, atitude que favorece o aumento do consumo de alimentos, principalmente que contenham açúcar (BARNBY, 1984). Daí pode-se sugerir, que por este ponto de vista, a gestante de Unidades de Saúde terá um maior risco à doença cárie, pela possibilidade de maior consumo de açúcar, uma vez que 53% delas permanecem em casa, por não possuírem outro emprego. Além disso, um maior consumo de açúcar também está comumente associado a mães com menor nível de escolaridade (ROSSOW; KJAERNES; HOLST, 1990).

Como argumento para as gestantes, pode-se justificar que o controle do consumo de açúcar além de importante para a saúde bucal, também irá favorecer a sua saúde geral como controle de peso, diabetes gravídica e a pressão arterial.

Negligência à higiene bucal e ao tratamento odontológico (CARVALHO, 1988) e as náuseas e emese freqüentes que predispõem a uma diminuição do pH salivar (BISTULFI, 2000), também são fatores que poderão aumentar o risco à cárie e à erosão dentária. Nascimento e Lopes (1996) observaram que o relato da presença de náuseas e emese gravídica, especialmente no 1º trimestre de gestação, foi de 77%.

Ainda somam-se a estes fatores, todas as alterações na composição salivar durante a gestação, como resposta às mudanças dos níveis de hormônios

esteróides, incluindo o aumento do conteúdo total de proteínas e da atividade α -amilase, fatores que poderão levar à diminuição do pH salivar e capacidade tampão da saliva (SALVOLINI et al., 1998); acidez que favorece o desenvolvimento bacteriano específico do processo de desmineralização (CARVALHO, 1988); a diminuição da quantidade de eletrólitos e do fluxo salivar (CARVALHO, 1988; SALVOLINI et al., 1998). Segundo Torres et al. (1999), 30% das gestantes podem ser consideradas como de risco à doença cárie devido ao baixo fluxo salivar (inferior a 1 ml/min) e à diminuição dos níveis de cálcio e fósforo na saliva, especialmente no período de 21 a 40 semanas de gestação.

Pensando nas predileções alimentares futuras da criança, Cunha (2001) sugeriu que as mães podem influenciar o paladar dos bebês já na gestação e amamentação, comentando um estudo que demonstrou a preferência dos bebês por suco de cenoura, quando suas mães eram expostas a este alimento no período final da gestação ou durante a amamentação. Dessa forma, ainda no útero, o feto teria o primeiro contato com os hábitos alimentares da mãe (CUNHA, 2001), uma vez que o bebê em torno da 14^a semana de vida intra-uterina já experimenta os sabores presentes no líquido amniótico, pois já se iniciou o desenvolvimento do aparelho receptor do paladar e já há o reflexo de deglutição (VERNY, 1989 apud BERNAT; SEBASTIANI, 1998; PRAETZEL et al., 1998).

Uma quantidade maior de estudos subsequentes relacionando a ingestão de determinados alimentos durante a gestação e amamentação com a predileção futura das crianças por esses alimentos, seria de grande valia, especialmente, no que refere-se à saúde bucal.

Como já visto que alterações bucais durante a gestação levam à maior susceptibilidade à doença cárie, a questão da relação entre a gestação e alterações gengivais também existe. Os autores são unânimes, não havendo discordâncias sobre esse assunto (BARNBY, 1984; CHENGER; KOVACIK, 1987; CARVALHO, 1988; OLIVA FILHO; OLIVEIRA, 1995; CORDEIRO; COSTA, 1999; MACHUCA et al., 1999; BISTULFI, 2000). Salientam que o que ocorre são alterações hormonais inerentes à gestação que modificam a microvascularização, alteração que favorece o aumento da inflamação dos tecidos gengivais; além dos hormônios elevarem a microbiota associada à doença periodontal (OLIVA FILHO; OLIVEIRA, 1995) e principalmente aumentarem a resposta inflamatória ao fator irritante local, seja ele a

placa bacteriana (BARNBY, 1984; CARVALHO, 1988; MACHUCA et al., 1999) ou o cálculo dental. Isso é comprovado quando se compara grupos de não gestantes com maior índice de placa bacteriana a gestantes com maior controle da placa bacteriana e percebe-se que o grupo de gestantes apresenta um maior grau de gengivite. Sugerem que fatores adicionais levam a uma maior agressão da placa bacteriana na gravidez, que por sua vez gera maior irritabilidade (GOMES; PAIVA, 2000). Para Cheng e Kovacik (1987), sempre existirá uma maior prevalência e severidade da gengivite no período gestacional.

Percebe-se nos resultados deste trabalho, que o entendimento dos sinais da doença gengival é melhor assimilado pelas gestantes do que o conceito da doença cárie, porém com diferença altamente significativa entre os dois grupos ($p < 0,001$) alcançando em uma definição correta por parte delas, quando em torno de 70% das gestantes de consultórios particulares e 50% em Unidades de Saúde conceituaram os sinais da gengivite como a gengiva muito vermelha, com sangramento e dor ao escovar. Observa-se contudo, que 20,9% das gestantes de consultórios particulares e 27,7% de Unidades de Saúde uniram o conceito correto dos sinais da gengivite a sinais da doença periodontal mais avançada como tártaro, mobilidade dentária, pus e gosto ou cheiro desagradável na boca (TAB. 9 - p. 76).

Essa melhor compreensão da doença gengival, se deve provavelmente ao fato de que o ensinamento dos sinais e conceitos corretos dessa patologia vem sendo pregados a mais tempo. O que é essencial, no aspecto das alterações gengivais durante a gestação, é que como mais um tabu desse período, os sinais de gengivite e principalmente o sangramento gengival são tidos como normais durante a gestação. É este o esclarecimento que deve ser trabalhado com as gestantes, relacionando o sangramento com a patologia gengival e dependente do acúmulo de placa bacteriana e não como um evento normal e inevitável durante o período gestacional.

Os resultados da TAB. 10 (p. 77) justificam essa preocupação, especialmente nas gestantes de consultório particular, onde mesmo tendo um bom conhecimento dos sinais da gengivite, 55% delas afirmou que é normal o sangramento gengival na gestação. Resposta que sugere que a gestante considera este sangramento independente, não vinculando-o a nenhum estímulo externo, mas sendo somente resultado da gestação. O resultado foi surpreendente nas gestantes de Unidades de

Saúde, e com diferença altamente significativa estatisticamente em relação ao grupo de consultórios particulares ($p < 0,001$), onde apenas 20,4% consideraram como normal o sangramento gengival. Esta foi a única questão abordada onde as gestantes de Unidades de Saúde mostram-se mais esclarecidas quando comparadas às de consultórios particulares, revelando que o trabalho da equipe odontológica das Unidades de Saúde deve salientar bastante esse tópico, enquanto os profissionais cirurgiões-dentistas em consultórios particulares não o fazem com a mesma ênfase.

Nascimento e Lopes (1996) analisando o controle de placa bacteriana em adolescentes grávidas, observaram que existem condições mais específicas deste período de adolescência e gestação que favorecem o aumento da susceptibilidade à doença periodontal a partir das alterações hormonais e ainda maior negligência da higiene bucal do que em outras gestantes; 17,5% das gestantes adolescentes em seu estudo relataram fazer uso de fio dental, número inferior às gestantes de faixa etária maior. Há a hipótese deste ser o motivo pelo qual as gestantes de Unidades de Saúde são mais esclarecidas quanto à questão do sangramento gengival na gestação, visto que a idade média é mais baixa e o número de adolescentes é maior no grupo da amostra de Unidades de Saúde e a maior incidência desse sinal gera a necessidade de esclarecimento. Rocha (1993) observou 38% das gestantes com sangramento gengival. No estudo de Menino e Bijella (1995), 43% das gestantes comentaram que o sangramento gengival estava presente na gestação e 15% afirmaram que este é o problema bucal freqüente nessa fase; Nascimento e Lopes (1996) encontraram apenas 5% das gestantes de seu estudo com sangramento gengival e 52% sem a manifestação deste problema; no estudo de Scavuzzi; Rocha; Vianna (1998) 48% das gestantes relataram sangramento gengival e acreditavam ser normal esse sinal na gravidez, fato que pode justificar que 52% das entrevistadas não relataram a presença do sangramento.

Tanto a resposta inflamatória acentuada do tecido gengival à placa bacteriana, como a maior susceptibilidade à doença cárie das gestantes tornam evidente a necessidade de acompanhamento odontológico e de uma higiene bucal mais cuidadosa, fundamentais para garantir a saúde bucal durante a gestação (EDWARDS; ROWNTREE, 1969; CONSUMER'S GUIDE TO DENTAL HEALTH, 1982; BARNBY, 1984; CHENGER; KOVACIK, 1987; MACHUCA et al., 1999;

BISTULFI, 2000). Ao contrário do ideal, as futuras mães evitam o atendimento odontológico, e também diminuem a frequência de higiene bucal (CARVALHO, 1988; NASCIMENTO; LOPES, 1996) principalmente devido a náuseas e emese gravídica que, como relatam Nascimento e Lopes (1996) em 42,5% das vezes ocorrem na tentativa da escovação dentária, tanto pela posição da escova, como pelo gosto e cheiro do dentífrico.

Machuca et al. (1999), confirmaram que a média do índice de placa bacteriana aumentou significativamente quando o nível de escolaridade foi menor. Entretanto, Lee (1984) observou em seu estudo que 79% das gestantes relataram uma frequência de escovação de duas ou mais vezes ao dia e 39% delas reportaram utilizar o fio dental no mínimo uma vez ao dia; Rocha (1993) verificou que a frequência de três escovações diárias foi encontrada em 54% das grávidas; Menino e Bijella (1995) observaram que 88% das gestantes possuíam frequência de escovações de no mínimo três vezes ao dia, 42% delas faziam uso de fio dental e tinham uma certa valorização da saúde bucal por não considerarem inevitável a perda dos dentes se os devidos cuidados de higiene fossem seguidos.

Barbosa e Chelotti (1997) estudaram um grupo com alto poder aquisitivo e de escolaridade alta, onde quase a totalidade das gestantes e mães (98,8%) afirmaram que realizavam escovação dental duas, três ou mais vezes ao dia. Entretanto, apenas 56% utilizavam fio dental. No estudo de Costa et al. (1998), 48% das gestantes declararam uma frequência de higiene bucal de três vezes ao dia, sendo que 63% não faziam uso de fio dental.

No presente estudo, o resultado foi bastante satisfatório, e correspondeu às expectativas quando aproximadamente 95% dos 2 grupos de gestantes consideraram igualmente (sem diferença estatística significante: $p=0,74$) que há necessidade de maiores cuidados com a higiene bucal na gestação (TAB.11 - p.78). As gestantes recebem e assimilam facilmente essas orientações, porém não sabem explicá-las, uma vez que o conceito de doença cárie, sua etiologia e transmissibilidade não estão bem claros para elas. O que se percebe, é que a gestante compreende que sempre na gravidez há a necessidade de comportamentos ideais para garantir saúde e das atitudes benéficas a ela, como os hábitos de higiene e atenção odontológica redobrados, porém não o faz por motivos fisiológicos (náuseas e emese) e psicológicos (receios).

Quanto ao tipo de controle mecânico de placa bacteriana, a consciência da frequência aumentada de escovação é melhor percebida nos estudos de Lee (1984); Rocha (1993); Menino e Bijella (1995), sendo mais valorizada nos grupos de futuras mães com alto nível sócio-econômico (BARBOSA; CHELOTTI, 1997). Já o hábito do fio dental parece não estar tão difundido entre as gestantes, independente do seu grau de escolaridade e de renda, sendo ainda menos exercitado em grupos de gestantes adolescentes. Assim, deve-se informar às futuras mães que incorporar procedimentos complementares de higiene bucal é importante não só para melhorar sua condição de saúde, mas também para que como hábito instituído, possa ser repassado a seus filhos, posteriormente (COSTA et al., 1998).

Outro grande mito que dificulta o exercício da promoção de saúde nas gestantes é o tratamento odontológico nesse período (BARNBY, 1984; CHENGER; KOVACIK, 1987; SCAVUZZI; ROCHA; VIANNA, 1998; MOURA et al., 2001) que é visto como desaconselhável e perigoso. As maiores preocupações das gestantes dizem respeito ao efeito prejudicial que os anestésicos e o raio X (LEE, 1984; VIEIRA; AMORIM; ORIOLI, 1999) possam causar sobre o bebê e nos estágios iniciais (1º trimestre gestacional), a possibilidade de aborto é o grande receio (COZZUPOLI, 1981), fazendo com que a gestante negligencie o tratamento odontológico (CARVALHO, 1988).

Os resultados de Scavuzzi; Rocha; Vianna (1998) confirmam o medo de procedimentos invasivos que as gestantes têm quando 71,6% delas afirmaram que a extração dentária não poderia ser realizada durante a gestação; 55% se opuseram à anestesia e 41,7% ao exame radiográfico nesse período; procedimentos restauradores ou preventivos como aplicação tópica de flúor e profilaxia, no entanto, foram melhores aceitos.

As mesmas justificativas apresentadas para se aumentar os cuidados com a higiene bucal na gestação são válidas para indicar os tratamentos odontológicos. Ou seja, a alta susceptibilidade às doenças cárie e periodontal poderão ser controladas com o acompanhamento odontológico (BISTULFI, 2000) e a adequação do meio bucal da gestante, controlando a doença e tratando suas seqüelas, para garantir plenitude de saúde para ela após o nascimento do bebê (MOURA et al., 2001), cuidados que irão favorecer a saúde bucal da criança uma vez que um número menor de *estreptococos mutans* presente na boca da mãe, retardará a

contaminação bacteriana de seu filho (BRAMBILLA et al., 1998; TORRES et al., 1999).

Novas orientações nesse sentido, iniciam-se fundamentalmente na tentativa de propagar às gestantes que não só os procedimentos odontológicos necessários poderão ser executados com segurança, desde que respeitem os princípios e cuidados básicos, da mesma forma que a época ideal para o tratamento, que é o 2º trimestre de gestação (CONSUMER'S GUIDE TO DENTAL HEALTH, 1982; BARNBY, 1984; CHENGER; KOVACIK, 1987; CARVALHO, 1988; OLIVA FILHO; OLIVEIRA, 1995; VIEIRA; AMORIM; ORIOLI, 1999), como também não havendo alterações bucais visíveis (CHENGER; KOVACIK, 1987), o comparecimento ao consultório odontológico é necessário para controle das condições que favorecem o aparecimento de doenças bucais e para principalmente receber orientações sobre a sua saúde bucal e sobre a possibilidade de já cuidar da dentição do bebê ainda no útero (BRASIL. Ministério da Saúde, 1988; CORSETTI; FIGUEIREDO; DUTRA, 1998; BISTULFI, 2000).

Uma evidência favorável (TAB. 12 - p. 79) dessa pesquisa foi que a maioria das gestantes (69,7% em consultórios particulares e 58,4% em Unidades de Saúde) sem diferença significativa estatisticamente entre os grupos ($p=0,09$) já interpretou que na gestação deve-se procurar o cirurgião-dentista para receber essas orientações, mesmo que problemas bucais não estejam explícitos e antes que esses possam aparecer. Da mesma forma, não houve diferença significativa ($p=0,98$) quando uma parcela muito expressiva (90%) das gestantes dos 2 grupos afirmou que é importante visitar o cirurgião-dentista durante a gestação. Novamente as gestantes têm consciência do que é o ideal, porém não realizam devido às condições psicológicas (medo) do período. Isso é comprovado em parte quando mesmo com esclarecimento da importância, 26% das gestantes de consultórios particulares e 31,5% em Unidades de Saúde, sem diferença significativa para os grupos, afirmaram que na gestação deve-se evitar o tratamento odontológico ou que têm medo desse atendimento nessa fase e que só procurariam o cirurgião-dentista caso sentissem alguma dor (TAB. 12 - p. 79).

Menino e Bijella (1995) encontraram em seu estudo que apenas 17% das gestantes foram ao consultório odontológico durante este período. Do total de gestantes que não procurou o cirurgião-dentista (83%), a maioria (52,4%) relatou

que não houve necessidade, ou seja, não considerou que as orientações eram importantes, e o restante não o fez devido à gestação; Costa et al. (1998) encontraram que 75% das gestantes não haviam procurado assistência odontológica durante a gravidez; Scavuzzi; Rocha; Vianna (1998) apresentaram uma porcentagem maior, de 92,6%, das gestantes que não procuraram atendimento odontológico, mesmo com dor ou sangramento gengival. Os motivos apresentados para que não procurassem o cirurgião-dentista, foram o medo, falta de necessidade ou conselhos de terceiros.

É importante salientar que o 2º trimestre gestacional deve ser eleito para o tratamento odontológico invasivo; nas situações de emergência deve-se desconsiderar essa indicação, uma vez que as gestantes necessitarão de atendimento imediato, por ser importante eliminar o estresse físico e emocional que esta situação desencadeia, e que poderão ser mais prejudiciais à gestante do que o próprio tratamento. No 3º trimestre deve-se apenas ter cautela com a posição da paciente na cadeira para evitar a hipotensão supina, causada quando o bebê pressiona a veia cava inferior, podendo levar ao desmaio (OLIVA FILHO; OLIVEIRA, 1995).

Essa porção considerável das gestantes que respondeu favoravelmente quanto às idas ao consultório odontológico durante a gestação para receber orientações, como mostra a já referida tabela 12 (p. 79), pode ser reflexo de outro resultado interessante deste estudo, que demonstrou que a maioria das gestantes (61,8% de consultórios particulares e 48% de Unidades de Saúde) afirmou que a orientação de seu médico obstetra foi favorável quanto ao acompanhamento e atendimento odontológico durante a gestação (TAB. 11 - p. 78). Esse resultado, embora com diferença estatística significativa entre os grupos ($p=0,004$), é importante porque evidencia a conscientização da necessidade de integração multidisciplinar (FARIA, 1996) e igualmente pelo médico obstetra ter um grande poder de convencimento sobre as gestantes sendo que, a orientação fornecida por ele, de maneira geral será seguida pela futura mãe. Por outro lado, se esses profissionais se colocarem contra ou indiferentes ao acompanhamento e atendimento odontológico nesse período, ou ainda nem comentarem sobre o assunto, situação que ocorreu com 34% dos obstetras das gestantes de consultórios particulares e 43% das gestantes de Unidades de Saúde (TAB. 11 - p. 78),

raramente as pacientes procurarão atendimento odontológico. A diferença percebida entre os dois grupos mostra que o tabu do tratamento odontológico na gravidez deve ser esclarecido junto aos médicos, principalmente os de Unidades de Saúde, uma vez que 38,9% das pacientes de Unidades de Saúde nem sequer receberam orientações nesse sentido.

Sendo assim, um trabalho com os médicos torna-se imprescindível para que se consiga desmitificar a noção do prejuízo à gestação que o tratamento odontológico poderia causar, no sentido de esclarecer que este é um tratamento seguro (CHENGER; KOVACIK, 1987) e que a susceptibilidade às doenças cárie e periodontal da paciente deverão ser controladas.

Uma vez que os obstetras iniciem a conscientização, de que suas pacientes deveriam procurar o cirurgião-dentista durante a gestação, esta atitude provavelmente aumentaria a demanda das gestantes nos consultórios odontológicos, uma vez que como já dito, dificilmente a gestante não seguirá os encaminhamentos de seu médico. De igual maneira, é necessário, para não desperdiçar a difícil conscientização da classe médica e das pacientes, que aquela parcela de cirurgiões-dentistas que ainda tem receio de atender gestantes, seja instruída para atendê-las e afaste os empecilhos, por se sentirem despreparados ou inseguros para o atendimento, adiando o tratamento para o pós-parto (FARIA, 1996), como tem-se visto freqüentemente (COZZUPOLI, 1981; MENINO; BIJELLA, 1995). Scavuzzi; Rocha; Vianna (1998), mostram em seu estudo que das poucas gestantes que buscaram a atenção odontológica, 60% não foram atendidas devido ao desaconselhamento feito pelo próprio profissional. A classe odontológica esclarecida e segura frente ao atendimento, auxiliará a desmitificar as crenças quanto ao tratamento odontológico na gestação e de igual forma, outros mitos relacionados à Odontologia durante a gravidez (SCAVUZZI; ROCHA, 1999; MOURA et al., 2001).

Como o resultado dos obstetras de consultórios particulares quanto à orientação de atendimento e acompanhamento odontológico na gestação foi mais favorável, é provável que essas gestantes procurem mais o cirurgião-dentista, tendo desta forma, um maior acesso à informação e maiores esclarecimentos, e por fim um maior conhecimento sobre saúde bucal do que as gestantes de Unidades de Saúde como observado nesse estudo (TAB. 19 - p. 87).

Tanto é importante a presença das gestantes no consultório odontológico para receber informações sobre prevenção das doenças bucais, que conforme mostra a TAB. 13 (p. 80), são os cirurgiões-dentistas os maiores responsáveis por repassar as orientações sobre saúde bucal. Esses profissionais foram a única fonte de informações sobre saúde bucal para 65,7% das gestantes de consultórios particulares e para 43,5% de Unidades de Saúde, mostrando uma diferença altamente significativa estatisticamente ($p < 0,01$) entre os grupos, e a necessidade de maior motivação dos profissionais de serviços públicos para trabalharem mais ativamente com promoção de saúde; e ainda, observa-se que não houve diferença significativa ($p = 0,30$) quando mais 5% em consultórios particulares e 3% em Unidades de Saúde receberam informações do cirurgião-dentista e também de outra fonte.

Segundo Goepferd (1987), o contato direto com o cirurgião-dentista é fundamental para um bom aconselhamento de prevenção em saúde bucal.

Do total de gestante analisadas nesse estudo, 70,6% das Unidades de Saúde e 86,8% de consultórios particulares já haviam tido acesso a informações sobre saúde bucal (TAB. 13 - p. 80). No estudo de Menino e Bijella (1995), 82,4% do total de gestantes de níveis sócio-econômico e de escolaridade baixos, já havia recebido alguma informação sobre saúde bucal nos núcleos de Saúde, resultado semelhante às gestantes de consultórios particulares do presente estudo. A maioria das gestantes (47,7%) respondeu que a origem das informações que haviam recebido foi o cirurgião-dentista, resultado semelhante ao presente estudo nas Unidades de Saúde, e ainda em mais 9% foi o cirurgião-dentista e a escola; porém, durante o período pré-natal, não receberam nenhuma orientação no sentido de prevenção em saúde bucal. Esse fato nos fez observar que a informação que a gestante possui provém da época anterior à gravidez, visto que muitas vezes como foi discutido, a paciente não procura o cirurgião-dentista nessa fase. A preocupação é que a orientação recebida anteriormente à gestação, correrá o risco de muitas vezes ficar a desejar, não suprimindo as necessidades das informações específicas, tanto no que se refere à gestante, quanto ao bebê.

Barbosa e Chelotti (1997) observaram que as gestantes e mães de alto nível sócio-econômico colocaram o cirurgião-dentista como sua maior fonte (93,4%) de informação sobre aspectos de saúde bucal e aquelas que receberam alguma

orientação dos seus médicos representaram apenas 10,6% da amostra. Scavuzzi; Rocha; Vianna (1998) evidenciaram que 93,6% da sua amostra não havia recebido qualquer orientação sobre cuidados com a própria saúde bucal ou com relação ao futuro bebê. Das gestantes que receberam orientações, 30,8% foram provenientes do cirurgião-dentista, 30,8% de seus médicos ou enfermeiras do pré-natal e o restante proveniente da mídia ou de suas mães.

No estudo de Silva; Lopes; Menezes (1999) o resultado que pode ser comparado a esse estudo nas Unidades de Saúde Municipais de Curitiba é que 21% das gestantes não receberam informações sobre saúde bucal, e esse dado foi levemente mais favorável que o do presente estudo no qual, aproximadamente, 29% das futuras mães não receberam orientações (TAB. 13 - p. 80). Das gestantes que receberam informações sobre saúde bucal, os autores encontraram 66% cuja fonte foi o cirurgião-dentista ou o pessoal auxiliar das equipes odontológicas das Unidades de Saúde.

Hipoteticamente os médicos são favoráveis ao atendimento e acompanhamento odontológico na gestação, como já visto (TAB. 11 - p. 78) e fazem a indicação porque parecem não dispor de conhecimentos suficientes e específicos sobre saúde bucal na gestação e dos bebês, para repassá-los às pacientes. Esse fato é de igual forma visto na TAB. 13 (p. 80), onde somente 7,8% dos médicos que realizam o pré-natal em consultórios particulares e 12,2% em Unidades de Saúde fazem orientações sobre este assunto às suas pacientes.

É interessante salientar que o grupo dos médicos que é mais favorável à ida das gestantes ao consultório odontológico (os de consultório particular), raramente orienta suas pacientes em relação à saúde bucal. A impressão que surge é que a responsabilidade de transmitir conhecimentos sobre saúde bucal é delegada totalmente aos profissionais da odontologia, uma vez que, de maneira geral, nem sequer noções básicas são dadas nas consultas obstétricas.

A maior justificativa que se pode fornecer à gestante para que ela valorize o controle da doença cárie, com cuidados diferenciados de higiene bucal, acompanhamento odontológico para adequar o meio bucal, a partir do tratamento das seqüelas, é a transmissibilidade dos *estreptococos* do grupo *mutans*. Uma vez que quantidades elevadas destes microorganismos em sua cavidade bucal resultarão em uma transmissão precoce para a criança (ALALUUSUA; RENKOVEN,

1983; BRAMBILLA et al., 1998; TORRES et al., 1999) e que do contrário, a possibilidade de poucas bactérias em sua cavidade bucal não favorecerá a contaminação precoce do bebê, certamente a futura mãe, pensando acima de tudo em seu filho, adotará um esquema diferenciado do seu habitual, para a prevenção da doença cárie. É possível retardar a colonização das crianças por essas bactérias cariogênicas e o desafio futuro da doença cárie, quando se trabalha no âmbito materno-infantil (WEYNE, 1997), por exemplo reduzindo o nível destes microorganismos nas mães durante o período de erupção dos dentes decíduos, comportamento que adiará a colonização dessa bactéria na criança (ROSA; SANCHES, 2000).

Se o prejuízo da doença bucal atingisse apenas a gestante, não seria tão fácil sensibilizá-la a mudanças de comportamentos, hábitos e atitudes. Porém, quando a possibilidade de atingir e prejudicar o bebê é apresentada, a iniciativa de aumentar os cuidados bucais acontece. Esquemas preventivos que incluem orientação alimentar, profilaxia profissional e bochechos diários de clorexedina e flúor instituídos às gestantes resultam numa redução das crianças infectadas pelos *estreptococos* do grupo *mutans* (BRAMBILLA et al., 1998). Torres et al. (1999) detectaram que 96% das futuras mães apresentavam microorganismos do grupo *mutans* na saliva e a maioria delas com o nível compatível com a possibilidade de transmissão precoce aos futuros filhos.

A gestante necessita acreditar na idéia de que ela é a principal fonte de bactérias para o bebê (BROWN; JUNNER; LIEW, 1985; LI; CAUFIELD, 1995; COSTA et al., 1998; SCAVUZZI; ROCHA, 1999; ROSA; SANCHES, 2000), não só pela maior intimidade mãe-filho, mas também porque as suas cepas são facilmente inoculadas na criança e melhores aceitas, uma vez que o sistema imunológico do bebê seleciona os microorganismos para a colonização e não reconhece como estranhas essas variedades de microorganismos, derivadas da mãe (ROSA; SANCHES, 2000).

Ultimamente tem-se sugerido que contatos salivares mais freqüentes com a mãe possam estimular o sistema imunológico do bebê e aumentar, dessa forma, a sua resistência à infecção pelo *estreptococos* do grupo *mutans*, gerando crianças com menor susceptibilidade á doença cárie posteriormente, e ao contrário, raros contatos salivares entre mãe-bebê deixariam o seu sistema imunológico

inadequadamente estimulado contra esses microorganismos e assim, a colonização bacteriana ocorreria facilmente (ROSA; SANCHES, 2000). Apesar dessa possibilidade, é prudente, enquanto mais estudos estão sendo realizados para comprovar esse fato (LI; CAUFIELD, 1995), que haja cautela, evitando-se contatos salivares diretos da mãe com o bebê, assim como o uso pelo bebê, de objetos (talheres, copos, escovas dentais) contaminados pela mãe (ROSA; SANCHES, 2000). É importante entender, que o maior número de *estreptococos* do grupo *mutans* na mãe levará a uma contaminação precoce do bebê (ALALUUSUA; RENKOVEN, 1983; BRAMBILLA et al., 1998; TORRES et al., 1999) e a um maior risco à doença cárie em uma idade também precoce (ROSA; SANCHES, 2000). Deve-se ainda salientar que a época mais favorável para essa colonização será quando se iniciar a erupção dos primeiros dentes decíduos do bebê, uma vez que, segundo Alaluusua e Renkoven (1983), o microorganismo necessita de uma superfície dura e não escamativa para sua fixação. Nessa época portanto, os contatos mãe-bebê poderão facilitar ainda mais a colonização bacteriana da cavidade bucal da criança.

Os resultados desse estudo relativos à transmissibilidade são favoráveis e semelhantes para os 2 grupos ($p=0,87$), visto que aproximadamente 75% das gestantes de Unidades de Saúde e consultórios particulares acreditam que a condição bucal de quem cuida do bebê poderá ter influência na saúde bucal dele (TAB. 15 - p. 82). No estudo de Costa et al. (1998) 62% das gestantes consideraram haver uma relação direta entre os cuidados bucais da futura mãe e a saúde bucal do bebê. Aqui vale lembrar que não somente a mãe poderá transmitir bactérias cariogênicas para o bebê, entretanto na colonização inicial, a infecção segue linhas maternas (LI; CAUFIELD, 1995) e então nessa fase deve-se considerar a possibilidade do sistema imunológico (ROSA; SANCHES, 2000) do bebê rejeitar outras cepas de microorganismos que não as maternas, dificultando a colonização por outras pessoas da família ou pessoas que cuidam da criança. As gestantes de Unidades de Saúde continuaram fiéis à idéia da transmissibilidade, apresentando uma porcentagem, de aproximadamente 74% das gestantes acreditando que hábitos de contato bucal diretos como beijos na boca ou mesmo contatos indiretos como objetos contaminados sendo utilizados pelo bebê, poderiam transmitir bactérias cariogênicas para a criança (TAB. 15 - p. 82). Esse resultado concretiza o

conhecimento claro das gestantes em Unidades de Saúde quanto à transmissibilidade. É surpreendente esta evidência, uma vez que para o entendimento da transmissibilidade haveria necessidade de um alto conhecimento do conceito e etiologia bacteriana da doença cárie, o que não foi observado nesse grupo como evidencia a TAB. 8 (p. 75).

Para as gestantes de consultórios particulares, a resposta à 2ª questão sobre contágios a partir dos contatos diretos ou indiretos com o bebê, obteve um resultado inferior, de 52,6% (TAB. 15 - p. 82) diferente daquele da questão anterior, fato que mostra que a noção de transmissibilidade não está tão clara para uma parte das gestantes de consultórios particulares. Apesar desse resultado, a diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos para essa questão não foi encontrada ($p=0,12$). O que merece atenção é o fato de 34% dessa amostra afirmar que os contatos diretos ou indiretos de pessoas contaminadas com o bebê não transmitem a “cárie” para ele. Provavelmente isso ocorra porque do modo que foi apresentado, a futura mãe ainda está confusa no conceito e etiologia da doença cárie, porém menos que as gestantes de Unidades de Saúde (TAB. 8 - p. 75), e quando responde a essa questão, pensa na transmissão das lesões (seqüelas da doença) que realmente não são transmissíveis e esquece do conceito adequado da doença, ignorando o seu aspecto infeccioso e que essa poderá se instalar se a colonização bacteriana ocorrer; para isso a transmissão é necessária, uma vez que a cavidade bucal do bebê ao nascimento é estéril, sem a presença de qualquer microorganismo e dentre estes de *streptococos mutans* até que os dentes decíduos irrompam (ALALUUSUA; RENKOVEN, 1983) e que o contato com outra pessoa forneça as bactérias relacionadas à instalação da doença.

O que se percebeu então, é que o grupo que tem maior conhecimento do conceito e etiologia da doença cárie (gestantes de consultórios particulares), está menos esclarecido quanto ao caráter transmissível dessa doença.

Barbosa e Chelotti (1997), encontraram apenas 31% das gestantes de consultórios particulares, com alto nível de escolaridade e de renda, que reconheciam a possibilidade dos *streptococos* do grupo *mutans* serem transmitidos de mãe para filho, e também 31% que mostrou conhecimento de quais os meios dessa transmissão. Costa et al. (1998) encontraram 53% das gestantes com consciência de que a cárie dentária é uma doença que poderá ser transmitida por

talheres, copos e escovas dentais contaminadas, porém esse grupo possuía um baixo nível de escolaridade e baixo poder aquisitivo, e o seu conhecimento de transmissibilidade pode ser comparado ao grupo de consultórios particulares do presente estudo (52,6%).

Outro cuidado para auxiliar a saúde bucal das crianças, é já na gravidez comunicar à gestante que a ida do bebê ao consultório odontológico além de ser ideal para as orientações de cuidados com a sua saúde bucal (EDWARDS; ROWNTREE, 1969; WALTER; ISSAO, 1994), fará com que aos poucos o ambiente seja reconhecido pela criança. Assim, iniciando consultas odontológicas desde cedo, o contato com o cirurgião-dentista e equipe odontológica será importante para quando a criança iniciar a compreensão do que lhe cerca e também para familiarizar-se com o novo ambiente e adquirir confiança no profissional. Com o convívio com a equipe e ambiente odontológico (BISTULFI, 2000) a probabilidade de um bom comportamento futuro da criança é elevada (CONSUMER'S GUIDE TO DENTAL HEALTH, 1982). Por outro lado, o cirurgião-dentista igualmente aos poucos interpretará o comportamento da criança, o que facilitará o seu controle posteriormente.

Nas primeiras visitas ao consultório odontológico, as mães devem ser esclarecidas quanto a instruções preventivas, orientações de higiene e alimentação, sinais e sintomas da erupção dentária, seqüência de erupção, desenvolvimento oclusal, hábitos de sucção não nutritivos, etiologia e características da cárie de mamadeira, uso racional do flúor e risco à fluorose. Essas orientações por si só, fazem com que a mãe procure freqüentar o consultório odontológico, uma vez que os médicos pediatras raramente as fornecem.

Os resultados deste estudo mostram na TAB. 18 (p. 86), que efetivamente tanto as gestantes de consultórios particulares como de Unidades de Saúde já tem a noção da importância do atendimento odontológico da criança desde cedo, uma vez que a maioria delas, em torno de 65%, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,42$), afirmou que levaria seu filho pela primeira vez ao dentista ainda bebê, antes que completasse 1 ano de vida. Uma segunda parcela considerável afirmou que levaria seus filhos aos 3 anos pela primeira vez ao cirurgião-dentista, o que provavelmente é constatado porque nessa época a dentição decídua está completa, e a mãe não acredita na necessidade de ir ao cirurgião-dentista antes da criança

possuir dentes. Deve-se considerar a possibilidade destes resultados terem sido influenciados pela falta de maiores opções nas alternativas colocadas às gestantes, onde houve um intervalo relativamente amplo (dois anos) entre uma idade e outra. É possível que, se uma opção intermediária entre os bebês de até um ano e os três anos (dois anos por exemplo) fosse apresentada às gestantes, uma parte da amostra selecionaria esta alternativa como a idade ideal para a primeira consulta odontológica do bebê. Uma parcela de 13,5% das gestantes de Unidades de Saúde afirmou que só levaria seu filho ao dentista quando houvesse necessidade, não havendo idade determinada para isso. Com esse resultado corre-se o risco da experiência indesejável de atender crianças somente em situações emergenciais.

O mesmo ocorreu no estudo de Rosa et al. (1996), no qual observaram que apesar de 70% das mães acharem que a primeira visita odontológica deveria ser com intuito preventivo, 31,6% delas ainda acreditavam que não há idade determinada para levar o filho ao consultório odontológico e que isso deveria ocorrer quando houvesse necessidade de tratamento. No estudo de Barbosa e Chelotti (1997) com gestantes de alto nível sócio-econômico e de escolaridade, apenas 16% da amostra considerou que a idade de 6 meses a 1 ano era a ideal para iniciar as consultas ao consultório odontológico. Costa et al. (1998) observaram que a idade ideal para a primeira visita das crianças ao cirurgião-dentista seria antes dos 3 anos para 60% das futuras mães, de 3 a 7 anos para 20% delas, somente quando necessário para 13% das gestantes (resultado semelhante ao do presente estudo em Unidades de Saúde) e 7% pretendiam levar seu filho pela primeira vez a uma consulta odontológica somente após os 7 anos de idade. Silva; Lopes; Menezes (1999) observaram que 55% das gestantes levariam seus filhos para a primeira consulta odontológica no primeiro ano de vida, 17% entre 1 e 3 anos, 6% com 4 anos ou mais, 19% não sabiam ao certo a idade e 3% apenas quando apresentassem problemas dentários.

Um achado favorável da TAB. 18 (p. 86), foi que nenhuma gestante de consultório particular e apenas 5 em Unidades de Saúde (1,65%) afirmaram que a idade para levar as crianças ao consultório odontológico pela primeira vez seria aos 6 anos. Isso mostra que o conceito antigo de que a idade de 6 anos seria o marco para a necessidade de se iniciar o acompanhamento odontológico, devido à esfoliação de dentes decíduos e aparecimento dos primeiros dentes permanentes,

vem sendo derrubado. Esse dado pode sugerir, que já há atualmente uma maior valorização da dentição decídua, comparado ao estudo de Edwards e Rowntree, que em 1969 evidenciaram 23% das gestantes com desconhecimento sobre prevenção de lesões de cárie na 1ª dentição, resultado semelhante ao estudo de Lee (1984), no qual 21% das mulheres relataram menor importância da dentição decídua em relação à permanente.

A questão da alimentação da criança e do tipo de aleitamento que a mãe oferecerá ao bebê, é um assunto que deverá fazer parte das orientações que serão abordadas já na gestação. Desde cedo, antes da gravidez, a mulher recebe todos os ensinamentos informais das vantagens do aleitamento materno, incluindo seu potencial nutritivo, imunológico, seus benefícios econômicos, de praticidade e de garantia de segurança e equilíbrio psico-emocional ao bebê (ZUANON et al., 1999), além de aumentar os laços afetivos entre a mãe e a criança, encorajando assim, ativamente as mães ao aleitamento natural materno (AKPABIO, 1996).

A exposição de todas as vantagens do aleitamento natural é altamente reforçada na gestação. Principalmente as gestantes que realizam o pré-natal em serviços públicos, tem todas essas informações citadas, fornecidas pela equipe de enfermagem, responsável por ensinar também o modo de amamentar (posição ideal, cuidados com o seio), sendo essa função raramente exercida pelos obstetras. Já para gestantes de consultório particular, às vezes o médico fornece tais orientações e ainda serviços especializados de cursos particulares em maternidades, também oferecem essas informações. Em adição, há uma grande divulgação na mídia sobre as vantagens do leite materno, incentivando a prática desse aleitamento, divulgação que atinge a população de futuras mães, de vários níveis sócio-econômicos. Costa et al. (1998) encontraram que 100% das gestantes entrevistadas tinham a pretensão de amamentar seus filhos no seio materno.

Então, é importante salientar que o cirurgião-dentista e o técnico em higiene dental devem fazer parte da equipe que faz tais orientações, para que forneçam informações quanto à relação do aleitamento no seio materno com a saúde bucal. É importante esclarecer as vantagens do aleitamento natural para o correto crescimento e desenvolvimento das estruturas do aparelho estomatognático do bebê, resultando em harmonia facial, muscular e esquelética (ZUANON et al., 1999; BISTULFI, 2000); para o desenvolvimento do sistema sensório-motor devido ao

movimento ideal da musculatura da face e orientar ainda que a medida que aumenta o período de amamentação natural, diminui a incidência de hábitos bucais indesejáveis (ZUANON et al., 1999). Da mesma forma ressaltar que práticas de amamentação indevidas afetam a incidência da doença cárie na dentição decídua (AKPABIO, 1996) e que o leite materno tem potencial cariogênico.

Os resultados desta pesquisa mostram que quando questionou-se o lado positivo do aleitamento materno, indagando-se se ele teria ou não alguma importância no crescimento e desenvolvimento bucal ou facial da criança, não houve diferença significativa estatisticamente ($p=0,34$) entre os 2 grupos de gestantes e a grande maioria (90,8% em consultórios particulares e 85,8% em Unidades de Saúde) afirmou que sim (TAB. 16 - p. 84). No estudo de Rosa et al. (1996), o questionamento sobre a importância da amamentação natural no crescimento e desenvolvimento dos bebês, mostrou um número inferior (67%) ao desta pesquisa que reconheceu a importância da prática do aleitamento materno.

Quando se perguntou se a amamentação natural poderia causar “cárie” no bebê, também não se observou diferença estatisticamente significativa ($p=0,80$), porque uma parcela semelhante, de 20% nos dois grupos, afirmou que sim. Em torno de 60% das gestantes dos dois grupos não acreditam nessa possibilidade, e ainda aproximadamente 12% em consultórios particulares e 17% em Unidades de Saúde não souberam responder (TAB. 16 - p. 84). Esse resultado aparece porque, hipoteticamente, quando se fala sobre algum fator negativo do aleitamento natural às gestantes, estas não aceitam com facilidade. É difícil que a gestante acredite que o “melhor” alimento para o seu bebê possa prejudicá-lo de alguma forma. Soma-se a isso, que os programas de incentivo ao aleitamento materno, assim como palestras em serviço público e particular, não enfatizam às lactantes, as adequações pelas quais deve passar a amamentação, principalmente aquela que se refere aos cuidados quanto à amamentação noturna depois da erupção do primeiro dente e à manutenção por muito tempo, desta forma de alimentação. Da mesma forma, como já discutido, algumas mães não levam seus filhos ao odontopediatra, durante a fase de erupção dos dentes decíduos, por não considerarem que o alimento ofertado mais freqüentemente ao bebê possa trazer risco ao desenvolvimento da cárie dentária. No estudo de Barbosa e Chelotti (1997), uma parcela maior do que a desta

pesquisa, de 71,2% das mães e gestantes não considerou o leite materno como fator etiológico da doença cárie.

Apesar do discutido, Akpabio (1996) afirmou que a amamentação natural está associada a uma baixa prevalência da doença cárie em comparação à amamentação na mamadeira, devido à sacarose, que de maneira geral, é adicionada ao leite artificial ou bovino, e assim, tem um potencial cariogênico comprovadamente maior (FRAIZ, 1996).

É preciso salientar, que de forma alguma deve-se deixar de incentivar o aleitamento materno e a idéia de que é a melhor forma de alimentar o bebê, pelo fato de poder possuir algum potencial na etiologia da doença cárie. Deve-se sim, repassar os ensinamentos e cuidados de limpeza, necessários após as mamadas (BISTULFI, 2000; MOURA et al., 2001), e ponderar sobre o tempo e a frequência de oferta às crianças, considerando que a livre demanda e a amamentação em crianças mais velhas poderão trazer desvantagens tanto para o desenvolvimento quanto para a saúde bucal e também desvios psicológicos da criança, criando grande dependência da mãe.

Após o desmame, as futuras mães necessitarão reconhecer os cuidados que deverão ter com a oferta da mamadeira, por ser evidente a relação entre a frequência da ingestão de açúcar e o desenvolvimento da doença cárie (HOLBROOK, 1993; AKPABIO, 1996), e mais evidente ainda em crianças que costumam adormecer tomando mamadeira (ROCHA, 1993) contendo líquidos açucarados (CONSUMER'S GUIDE TO DENTAL HEALTH, 1982; AKPABIO, 1996; ROSA et al., 1996) ou quando se oferece a mamadeira durante o sono. Nesse período, a proteção salivar praticamente não existe, pela diminuição do fluxo, não havendo também a autolimpeza fornecida por movimentos musculares, característica que determina um maior tempo de permanência do líquido em contato com a superfície dentária (FRAIZ, 1996).

Rocha, em 1993, comentou que grupos de gestantes de baixo nível sócio-econômico não tinham conhecimento acerca dos prejuízos que poderiam atingir a saúde bucal da criança, em decorrência da amamentação prolongada e do uso indevido de mamadeira.

Uma vez esclarecida sobre a etiologia da doença cárie, principalmente da cárie de mamadeira, a mãe reconhecerá a necessidade de evitar a oferta da mamadeira noturna com líquidos açucarados e até mesmo, somente com leite, e quando isso for inevitável, deve ser esclarecida que os procedimentos de higiene deverão ser realizados (CONSUMER'S GUIDE TO DENTAL HEALTH, 1982; ROSA et al., 1996; MOURA et al., 2001) após o consumo desses líquidos. A limpeza deve ser realizada com uma gaze ou fralda embebida em água morna (BISTULFI, 2000; MOURA et al., 2001) ou água oxigenada diluída em água, podendo-se utilizar escovas ou dedeiras de borracha quando irromperem os molares (BISTULFI, 2000; MOURA et al., 2001). Com o aumento da idade da criança, deve-se eleger três horários do dia para a realização da limpeza, que futuramente seriam os momentos da escovação dos dentes da criança (BISTULFI, 2000).

Vale a sugestão de que se o bebê necessitar de mamadeira para adormecer, pode-se tentar oferecê-la apenas com água ou chás sem açúcar, eliminando-se, desta forma, a necessidade da limpeza posteriormente e a possibilidade do desenvolvimento da cárie.

As consultas odontológicas da mãe ainda gestante e depois do bebê, deverão como já dito, esclarecer os cuidados (MOURA et al., 2001) com a amamentação artificial, limpeza após as mamadas e demonstrar que quando não realizados, corre-se o risco do desenvolvimento da modalidade mais severa e aguda da doença cárie na infância, que é a cárie de mamadeira (AKPABIO, 1996). As características dessas lesões devem ser mostradas, em fotografias, aos pais e à criança, caso já haja entendimento desta, para alertar contra a grande destruição dentária que poderá ocorrer em virtude desse rápido ataque da doença.

Outro modo de consumo freqüente de açúcar pelas crianças, que passa despercebido pelos pais, é aquele contido em medicamentos pediátricos (xaropes, colutórios, suspensões, soluções, gotas) e que merecem também, após seu uso, a limpeza dos elementos dentários, já que uma elevada incidência da doença cárie poderá provir do uso freqüente de medicamentos açucarados (HOLBROOK, 1993; AKPABIO, 1996; FRAIZ, 1996; LIMA; ALMEIDA; SENNA, 2000) sem cuidados posteriores de limpeza. Essa questão deve ser esclarecida às mães, que muitas vezes acreditam que os medicamentos ingeridos pelo bebê afetam a estrutura dentária, formando ou tornando os "dentes fracos", sem noção do que realmente

ocorre, que é o aumento do risco e da atividade da doença cárie, pelo consumo freqüente da sacarose contida nos medicamentos (HOLBROOK, 1993; AKPABIO, 1996; FRAIZ, 1996; LIMA; ALMEIDA; SENNA, 2000).

Na tentativa de resolver esse inconveniente, pela consciência do risco à saúde bucal que esses medicamentos provocam, fórmulas sem açúcar estão sendo desenvolvidas, conforme observa Akpabio (1996), em seu relato no Jornal da Associação Dentária da África do Sul. Com o aumento da idade, por volta de 6 anos, quando as crianças iniciam o uso de outras formas medicamentosas (comprimidos, cápsulas, drágeas) e também refletindo o declínio das infecções, o inconveniente do consumo de medicamentos açucarados, relacionado à doença cárie, tornar-se secundário (HOLBROOK, 1993).

Nesse sentido, os resultados desse estudo mostram que houve diferença significativa estatisticamente entre os 2 grupos de gestantes de Unidades de Saúde e consultórios particulares ($p=0,02$) quando 21,4% das gestantes de Unidades de Saúde acreditam que as lesões de cárie nos primeiros dentes do bebê surgiram pela ingestão de muitos medicamentos que “enfraqueceram” os dentes. Nos consultórios particulares as gestantes que tem essa idéia representam 9,2% da amostra. Na amostra de Unidades de Saúde se observa que 38,6% das gestantes afirmaram que as lesões de cárie apareceram nos primeiros dentes do bebê devido à amamentação natural ou artificial sem devida limpeza posterior. O resultado dessa questão em consultórios particulares apresentou diferença altamente significativa estatisticamente em relação a Unidades de Saúde ($p < 0,01$), uma vez que 65,7% das gestantes acreditam que as lesões de cárie são devido às práticas de amamentação sem devida limpeza posterior (TAB. 17 - p. 85).

Entretanto, se observa um resultado contraditório em relação ao resultado anterior, principalmente em Unidades de Saúde, quando aproximadamente 90% das gestantes dos dois grupos afirmaram que a limpeza dos dentes do bebê deve ser feita logo que irrompam na boca, seja após a amamentação natural ou artificial, não havendo diferença significativa estatisticamente ($p=0,61$) para essa questão, entre os dois grupos (TAB. 17 - p. 85). Ou seja, as gestantes sabem que devem fazer a limpeza, porém desconhecem o porquê e também quais serão os prejuízos à dentição decídua se não a fizerem.

No estudo de Edwards e Rowntree (1969), no qual avaliaram o conhecimento de gestantes primíparas, observaram que 71% das mulheres pretendiam limpar os dentes do bebê e 21% delas afirmou que não o faria. Os motivos apresentados foram: porque acreditavam na possibilidade de machucar o bebê (22,2%), ou por acharem desnecessário (28,6%) ou ainda pela dificuldade do procedimento (9,5%). Lee (1984), encontrou um total de 85% das futuras mães com intenção de cuidar da dentição decídua do bebê e afirmou que a mãe é a única responsável pelas necessidades de saúde das crianças. Rosa et al. (1996) afirmaram que a maioria das mães abordadas (75%) forneciam mamadeiras noturnas com açúcar para os bebês, e também 78,3% não reconhecia a necessidade de higienizar os dentes da criança após essa mamadeira. No estudo de Barbosa e Chelotti (1997), 63,5% das mães e gestantes entrevistadas acreditavam no poder cariogênico do leite bovino sem adição de açúcar; Silva; Lopes; Menezes (1999) evidenciaram que apenas 2% das gestantes correlacionaram cárie e uso de mamadeira, porém 70% delas consideraram que a higienização bucal adequada evitaria a instalação da doença cárie em seus bebês.

Uma vez analisado especificamente o resultado de cada pergunta, será avaliado o resultado geral do nível de conhecimento, sobre os assuntos questionados, dos dois grupos da amostra, e o comportamento das variáveis estudadas sobre esse conhecimento. Ao elaborar uma descrição do comportamento casual das variáveis (idade, trimestre de gestação, número de gestações e escolaridade) dentro de um determinado grupo, sem compará-los, percebe-se que o nível de conhecimento sobre saúde bucal das gestantes em Unidades de Saúde apresentou-se homogêneo, sem grandes oscilações, com a maioria das gestantes tendo conhecimento regular ou bom. A variável escolaridade modificou sutilmente o nível de conhecimento das gestantes de Unidades de Saúde.

A descrição casual das variáveis foi realizada somente para levantar a hipótese de um conhecimento mais padronizado das gestantes em Unidades de Saúde, uma vez que a análise estatística mais indicada para determinar os efeitos das variáveis, foi testada posteriormente. Sugere-se que esse conhecimento homogêneo possa ser atribuído ao fato de todas as gestantes em Unidades de Saúde serem incluídas no projeto da Secretaria Municipal da Saúde (Projeto Mãe Curitibana), assim que iniciam o atendimento pré-natal, e recebem neste programa,

palestras informativas sobre saúde bucal, independente da idade, número de filhos que já possuam e de sua escolaridade.

Para a variável idade, pode-se sugerir que independente dela, as gestantes de Unidades de Saúde certamente terão uma fonte segura de informações extras àquelas adquiridas por conta própria e não dependem somente da sua vivência e experiência adquiridas com a idade para obter o conhecimento. Já para as gestantes de consultórios particulares, esse fator “tempo de vida” seria mais importante para buscar e adquirir experiências uma vez que não houve uma fonte segura de informações, como ocorre em Unidades de Saúde. Essa fonte seria o cirurgião-dentista, já que os obstetras raramente fornecem informações sobre saúde bucal, e a aquisição de orientações dependeria da iniciativa da gestante em ir ao consultório odontológico, o que por vezes não ocorre. Ainda há a possibilidade da gestante procurar atendimento e ser recusada pelos cirurgiões-dentistas e dessa forma não receber orientações.

Outra variável que poderia ter influência no nível de conhecimento das gestantes de Unidades de Saúde seria o trimestre de gestação. Embora possa parecer que gestantes no primeiro trimestre tenham mais dúvidas, a inclusão das gestantes no projeto Mãe Curitibana em hipótese, já esclarece desde o início da gestação as dúvidas sobre saúde bucal, fato que poderá determinar um conhecimento semelhante para as gestantes ao longo de toda a fase gestacional (três trimestres). Para as futuras mães de consultórios particulares, a falta dessa informação no início da gravidez poderá resultar em mais conhecimento sobre saúde bucal a medida que a gestação evolui (segundo e terceiro trimestres), uma vez que com o tempo a gestante procura esclarecimentos.

O resultado do nível de conhecimento geral, sobre os assuntos abordados, das gestantes de Unidades de Saúde e consultórios particulares, que responde à principal pergunta desse estudo, mostra após a análise estatística (regressão logística não condicional univariada-Qui-quadrado) que o nível de conhecimento sobre saúde bucal foi maior em gestantes de consultórios particulares do que em Unidades de Saúde, com diferença altamente significativa ($p < 0,01$) (TAB. 28 – p. 94).

Uma vez que o número de gestantes que recebeu orientações sobre saúde bucal de seu cirurgião-dentista foi significativamente menor ($p < 0,01$) em Unidades

de Saúde do que em consultórios particulares (TAB. 13 - p. 80), pode-se inferir que este fato tenha influenciado casualmente no nível de conhecimento das gestantes, já que como afirma Goepferd (1987) o contato direto com o cirurgião-dentista é fundamental para um bom aconselhamento de prevenção em saúde bucal. Da mesma forma, o fato dos obstetras de consultórios particulares apresentarem-se mais favoráveis ao acompanhamento e atendimento odontológico na gestação, pode basear a hipótese deste aspecto ter casualmente influenciado o resultado de maior nível de conhecimento das gestantes de consultórios particulares. Entretanto, após o refinamento estatístico (regressão logística não condicional múltipla), que avaliou a força das variáveis sobre esse resultado, concluiu-se que os serviços de consultórios particulares e Unidades de Saúde não foram nem fator de risco nem de proteção para o grau de conhecimento das gestantes. O que contou acima de tudo, foi a característica da escolaridade das futuras mães que utilizam esses dois serviços de saúde, uma vez que a variável escolaridade foi a única que esteve associada (TAB. 29 - p. 94), de maneira independente das demais variáveis estudadas, ao grau de conhecimento sobre saúde bucal apresentado pelas gestantes. A associação verificada então entre o local de atendimento das gestantes e o seu conhecimento, foi influenciada pelo maior grau de escolaridade das gestantes que freqüentavam consultórios particulares.

O fato das gestantes de consultórios particulares terem uma idade média mais avançada, vem em conjunto ao fator da maior escolaridade e de influência dessa no conhecimento sobre saúde bucal, uma vez que como já discutido, a gestante de consultório particular prioriza a sua formação pessoal (universitária) e adia para um período posterior os planos da maternidade. Somente a variável idade não apresentou relação com o grau de conhecimento e assim comprovou-se que o fato isolado das gestantes serem mais velhas e portanto terem mais experiência e mais acesso à informação não influenciou no seu nível de conhecimento sobre saúde bucal, contrariando o que havia sido sugerido anteriormente. A idade somente importou, aparentemente, porque na verdade a maior faixa etária acompanhou a maior escolaridade, e na verdade, essa última é a relação comprovada estatisticamente com o conhecimento sobre saúde bucal.

O trimestre gestacional também não apresentou influência significativa sobre o grau de conhecimento das gestantes ($p=0,94$) (TAB. 28 - p. 94), eliminando a

probabilidade anteriormente citada das futuras mães em primeiro trimestre terem mais dúvidas e posteriormente obterem informações ao longo do período gestacional, melhorando seu conhecimento. Esse fato pode ser observado por um conjunto de fatores: a falta de iniciativa das mães em buscar o acompanhamento odontológico, o que comumente é observado; a falta de orientações sobre saúde bucal fornecidas pelos obstetras durante as consultas pré-natais; a recusa dos cirurgiões-dentistas em atender pacientes grávidas ou ainda falta de profissionais capacitados para orientar as futuras mães.

A última variável testada e que surpreendentemente não influenciou no nível de conhecimento das futuras mães, foi o número de gestações e consequentemente de filhos que elas possuíam. As mães com duas gestações ou mais não possuíam maior nível de conhecimento que mães na primeira gestação ($p=0,6$) (TAB. 28 - p. 94). Partindo-se do princípio que mães com mais de uma gestação tem mais filhos, o papel do odontopediatra e das orientações que deveriam partir dele precisam ser questionados. Uma vez que a função desse profissional, em orientar as mães quanto à saúde bucal do seu primeiro bebê, fosse realizada, a orientação permaneceria vigente para os próximos filhos. A outra hipótese é que a mãe não procure o profissional, ou que o profissional possa omitir as informações à mãe, restringindo a consulta odontopediátrica apenas ao exame clínico da criança.

Vieira; Amorim; Orioli (1999), observaram que a maioria das gestantes com dúvidas estavam no primeiro trimestre gestacional, seguidas daquelas que se encontravam no segundo trimestre, confirmando a hipótese levantada, da aquisição de conhecimentos sobre saúde bucal a medida que a gestação evolui.

Silva; Lopes; Menezes (1999) em Curitiba-Pr-Brasil, avaliando o conhecimento de 100 gestantes em relação aos cuidados com a saúde bucal dos bebês, concluíram que apesar do baixo grau de escolaridade das gestantes, o fato de terem acesso a serviços de saúde e à informação de qualidade, permitiu que elas tivessem noção da importância das formas de prevenção da instalação da doença cárie, resultando em uma população bem informada em relação aos cuidados com a saúde bucal do futuro bebê. A porcentagem mais elevada de gestantes com escolaridade de 3º grau pode ter influenciado o melhor conhecimento das gestantes, entretanto deve-se considerar a hipótese da homogeneidade de conhecimento,

resultante do programa em saúde bucal que é desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde daquela cidade.

É fundamental perceber em quais faixas da população, e dentre elas, em qual grupo de gestantes se encontram as maiores falhas e dificuldades em relação aos conceitos sobre saúde, para que se possa, então, organizar ações de promoção em saúde bucal com maior urgência e equidade, ou seja, levando maior número de informações e dedicando-se mais em instruir aquelas parcelas da população e, neste caso, das gestantes que mais necessitem.

Esta ação de equidade leva a compensar as desigualdades que existem entre os grupos. No caso deste estudo com gestantes, o grupo de Unidades de Saúde, que revelou o menor grau de conhecimento sobre saúde bucal, e portanto, foi definido como um grupo de maior risco, merecerá maior atenção à educação em saúde bucal em vista das decorrentes necessidades. Assim procede-se dentro do conceito de equidade, fornecendo atenção relativa à necessidade que cada comunidade apresenta, porém sem perder a universalidade de promover saúde bucal em todos os fragmentos populacionais, e como afirmam Moysés e Watt (2000), utilizando uma estratégia voltada para a população como um todo, em conjunto com uma estratégia de alto risco, como é pretendido para as gestantes com menor conhecimento em saúde bucal.

7 CONCLUSÕES

Tendo em vista os resultados obtidos neste estudo, e considerando a amostra utilizada, é lícito concluir que:

- 1) Apesar do nível de conhecimento parcial dos aspectos questionados sobre saúde bucal ter sido melhor para o grupo de gestantes de consultórios particulares, este resultado não apresentou significância estatística em muitos assuntos.
- 2) O nível de conhecimento geral dos aspectos questionados sobre saúde bucal foi melhor para o grupo de gestantes de consultórios particulares, resultado estatisticamente significativo.
- 3) A única variável que esteve (estatisticamente significativa) relacionada ao melhor nível de conhecimento do grupo de gestantes de consultórios particulares, sobre saúde bucal, foi a escolaridade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²

AKPABIO, S. P. Womgen for health - children's oral health. **J. Dent. Assoc. S. Afr.**, Pretória, v. 51, n. 3, p. 32-136, Mar. 1996.

ALALUUSUA, S.; RENKOVEN, O. V. Streptococcus mutans establishment and dental caries experience in children from 2 to 4 years old. **Scand. J. Dent. Res.**, Copenhagen, v. 9, p. 453-457, 1983.

BARBOSA, T. R. C. de L.; CHELOTTI, A. Avaliação do conhecimento de aspectos da prevenção e educação em Odontologia, dentição decídua e oclusão, em gestantes e mães até 6 anos pós-parto, como fator importante na manutenção da saúde bucal da criança. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, São Paulo, v. 15, p. 13-17, mar. 1997. Número especial.

BARNBY, G. J. Oral health maintenance in pregnancy. **Midwives Chronicle & Nursing Notes**, London, p. 219 - 221, July 1984.

BERNAT, M. C.; SEBASTIANI, R. W. Visão básica de psicologia pré e perinatal. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998. p. 1-7.

BISTULFI, A. C. M. **Guia prático de Odontologia para o pai, a gestante e o bebê**. São Paulo: Odonto lord, 2000. 28 p.

BRAMBILLA, E. et al. Caries prevention during pregnancy: results of a 30 month study. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 129, n. 7, p. 871-877, July 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno – Infantil & Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Assistência pré-natal**. 2.ed. Brasília, 1988.

BROWN, J. P.; JUNNER, C.; LIEW, V. A study of streptococcus mutans levels in both infants with bottie caries and their mothers. **Aust. Dent. J.**, Sidney, v. 30, n. 2, p. 96-98, Apr. 1985.

CARVALHO, E. M. C. de. Abordagem odontológica durante a gestação. **Odontol. Mod.**, São Paulo, v. 15, n. 7, p. 7-14, ago. 1988.

² Baseado na NBR 6023:2000 da ABNT.

CHENGER, P.; KOVACIK, A. Dental hygiene during pregnancy: a review. **Am. J. Matern. Child Nurs.**, New York, v. 12, p. 342-343, Sept./Oct. 1987.

CONSUMER'S GUIDE TO DENTAL HEALTH. Caring for your children's teeth. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, spec. n., p. 19-26, 1982.

CORDEIRO, C. da C.; COSTA, L. C. S. Prevenção odontológica associada às alterações hormonais. **Rev. bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 5, p. 255-256, set./out. 1999.

CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998. 679 p.

CORSETTI, L. O.; FIGUEIREDO, M. C.; DUTRA, C. A. V. Avaliação do atendimento odontológico para gestantes nos serviços públicos de Porto Alegre/ RS, durante o pré-natal. **Rev. Aboprev**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 9-15, nov. 1998.

COSTA, I. do C. C. et al. A gestante como agente multiplicador de saúde. **R.P.G.**, v. 5, n. 2, p. 87-92, abr./jun. 1998.

COZZUPOLI, C. A. Análise e interpretação de dados. In: _____. **Odontologia na gravidez**. São Paulo: Panamed, 1981. cap. 6, p.81-117.

CUNHA, L. N. **Diet Book Gestante**. São Paulo: Mandarim, 2001. 122 p.

EDWARDS, T. S. F.; ROWNTREE, F. S. D. Dental attitudes of primigravid women. **J. Periodontal. Res.**, Copenhagen, v. 4, p. 325-332, 1969.

FARIA, C.F. **Programas odontológicos durante a gravidez e o impacto na saúde do bebê**. 1996. Monografia (Especialização em Odontologia) - Associação Paulista de cirurgiões-dentistas de Araraquara, Araraquara.

FRAIZ, F. C. Dieta e cárie na primeira infância. In: WALTER, L. R. de F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos 3 anos**. São Paulo: Artes Médicas, 1996. p. 107-122.

GOEPFERD, S. An infant oral health program: the first 18 months. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v.9, n.1, p.9-12, Mar. 1987.

GOMES, A. C. Z.; PAIVA, E. M. M. de. Alterações inflamatórias gengivais em gestantes - há diferença para não gestantes? **Robrac**, Goiânia, v. 9, n. 27, p. 4-8, 2000.

HOLBROOK, W. P. Dental caries and cariogenic factors in pre-school urban Icelandic children. **Caries Res.**, Basel, v. 27, p. 431-437, 1993.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. Applied logistic regression. New York: Wiley, 1989.

KINNBY, C. G. et al. Influence of social factors on sugary products behavior in 4 years old children with regard to dental caries experience and information at child health centers. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v. 53, n. 2, p. 105-111, 1995.

KONISHI, M. F. C. C. Odontologia intra-uterina. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 135-136, mar./abr. 1995.

KRIGER, L.; MOYSÉS, S. T. A filosofia de promoção de saúde na clínica privada. In: KRIGER, L. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 409-431.

LEE, A. J. A survey of dental knowledge, attitudes and behavior of expectant parents. **J. Can. Dent. Assoc.**, Ottawa, v. 50, n. 2, p. 145-146, Feb. 1984.

LI, Y.; CAUFIELD, P. W. The fidelity of initial acquisition of mutans streptococci by infants from their mothers. **J. Dent. Res.**, Washington, v. 74, n. 2, p. 681-685, Feb. 1995.

LIMA, K. T.; ALMEIDA, I. C. S.; SENNA, E. T. L. Medicamentos pediátricos-agentes edulcorantes e pH. **J. Bras. Odontoped. Odonto. Bebê**, Curitiba, v. 3, n. 16, p. 457-463, nov./dez. 2000.

MACHUCA, G. et al. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 70, n. 7, p. 779-785, July 1999.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa. In: _____ . **Técnicas de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999. cap. 3, p. 64-139.

MENESES, M. T. V. **Odontologia intra-uterina**. 1996. 45 f. Monografia (Especialização em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade de Itaúna, Itaúna.

MENINO, R. T. M.; BIJELLA, V. T. Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Conhecimentos com relação à própria saúde bucal. **Rev. FOB**, Bauru, v. 3, n. 1/4, p. 5-16, jan./dez. 1995.

MOYSÉS, S. T.; WATT, R. Promoção de saúde bucal-definições. In: BUIISHI, Y. de P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 1-22.

MOURA, L. de F. A. de D. et al. Apresentação do programa preventivo para gestantes e bebês. **J. Bras. Odontoped. Odonto. Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 17, p. 10-14, jan./fev. 2001.

NASCIMENTO, Z. C. P.; LOPES, W. C. Gravidez na adolescência: enfoque odontopreventivo. **ROBRAC**, Goiânia, v. 6, n. 20, p. 27-31, dez. 1996.

NIE, N. et al. **SPSS: Statistical Package for the Social Sciences**, 2. ed. New York: McGraw Hill, 1975.

OLIVA FILHO, A. G. de; OLIVEIRA, L. de S. Odontologia na gravidez. In: ELIAS, R. de A. **Odontologia de alto risco: pacientes especiais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 117-132.

PAUNIO, P. Dental health habits of young families from southwestern Finland. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 22, n. 1, p. 36-40, Feb. 1994.

PRAETZEL, J. R. et al. Expressões faciais do recém-nascido em resposta a diferentes estímulos gustatórios. **Rev. ABO Nac.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 5, p. 301-303, out./nov. 1998.

ROCHA, M. C. B. S. **Avaliação dos conhecimentos e das práticas de saúde bucal – gestantes do Distrito Sanitário Docente Assistencial Barra/Rio Vermelho – Município de Salvador - BA**. 1993. 300 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

ROSA, F. B. de et al. Projeto para um sorriso feliz: programa de orientação de prevenção para mães. **Rev. ABO Nac.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 36-39, fev./mar. 1996.

ROSA, O. P. S.; SANCHES, F. A. C. Transmissibilidade de estreptococos mutans de mãe para filho e prevenção. **Rev. Dent. Press Biol. Oral**, v. 1, n. 1, p. 37-50, jan./abr. 2000.

ROSSOW, I.; KJAERNES, U.; HOLST, D. Patterns of sugar consumption in early childhood. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 18, p. 12-16, 1990.

SALVOLINI, E. et al. Biochemical modifications of human whole saliva induced by pregnancy. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, Oxford, v. 105, n. 6, p. 656-660, June 1998.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. da. Atenção odontológica na gravidez - uma revisão. **Rev. Fac. Odontol. UFBA**, Salvador, v. 18, p. 46-52, jan./jun. 1999.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. da; VIANNA, M. I. P. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. **J. Bras. Odontoped. Odonto. Bebê**, Curitiba, v. 1, n. 4, p. 43-50, out./dez.1998.

SILVA, L. C. da; LOPES, M. N.; MENEZES, J. V. N. B. de. Postura de um grupo de gestantes da cidade de Curitiba-PR em relação à saúde bucal de seus futuros bebês. **J. Bras. Odontoped. Odonto. Bebê**, Curitiba, v. 2, n. 8, p. 262-266, jul./ago. 1999.

SHAW, J. H. Preeruptive effects of nutrition on teeth. **J. Dent. Res.**, Washington, v. 49, n. 6, p. 1238-1251, 1970.

STECKSÉN - BLICKS, C.; BORSSÉN, E. Dental caries, sugar-eating habits and tooth-brushing in groups of 4-year-old children 1967-1997 in the city of Umea, Sweden. **Caries Res.**, Basel, v. 33, p. 409-414, 1999.

TORRES, S. A. et al. Níveis de infecção de estreptococos do grupo mutans em gestantes. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 225-231, jul./set.1999.

VIEIRA, A. R.; AMORIM, M. R.; ORIOLI, I. M. Principais dúvidas das gestantes em relação à odontologia. **J. Bras. Odontoped. Odonto. Bebê**, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 33-36, 1999.

WALTER, L. R. de F.; ISSAO, M. **Odontologia para bebês**: manual de orientação e procedimento destinados aos profissionais da área odontológica. Londrina, 1994.

WEYNE, S. de C. A construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 2-26.

ZUANON, A. C. C. et al. Influência da amamentação natural e artificial no desenvolvimento de hábitos bucais. **J. Bras. Odontoped. Odonto. Bebê**, Curitiba, v. 2, n. 8, p. 303-306, jul./ago. 1999.

ANEXOS**Anexo 1 - Carta de Apresentação**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIVILLE - UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Sra.:

Sou aluna do curso de Mestrado em Odontologia com área de concentração em Odontopediatria pela Universidade Federal de Santa Catarina, Mestrado Fora da Sede - Univille e estou desenvolvendo um estudo a respeito do conhecimento sobre saúde bucal em gestantes atendidas em serviço pré-natal de Unidades de Saúde públicas e consultórios particulares de Curitiba/PR, sob orientação da Profª Drª. Izabel Cristina Santos Almeida. O objetivo deste estudo é definir o conhecimento que os grupos de gestantes possuem sobre a sua saúde bucal e a saúde bucal dos futuros bebês e comparar estes conhecimentos. Estamos iniciando a coleta de dados e solicitamos sua ajuda com o preenchimento do questionário em anexo. Pedimos que responda o máximo de perguntas possível, tendo todo o direito, é claro, de evitar as questões que não quiser responder ou não puder completar. Garantimos a discrição com relação aos seus dados fornecidos, sendo que somente serão divulgados após agrupados, sem a identificação dos respondentes.

Agradecemos desde já sua compreensão e inestimável colaboração.

Alessandra Vaz Pinto Hapner

Endereço para correspondência:

Residencial:

Rua Bruno Filgueira, 2100/102

80.730-380 - Curitiba - PR

Fone: (41) 336-1703

Comercial:

Rua Comendador Araújo, 323/131

80.420-000 - Curitiba - PR

Fone: (41) 222-7544

E-mail: ale.hapner@onda.com.br

Anexo 2 - Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIVILLE - UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As informações contidas neste, foram fornecidas pela mestrandia Alessandra Vaz Pinto Hapner, sob orientação da Profª Drª Izabel Cristina Santos Almeida, objetivando firmar acordo por escrito, mediante a sua autorização como sujeito da pesquisa, com o conhecimento da natureza desta assim como a capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação.

1. Título preliminar do trabalho experimental

Estudo comparativo do nível de conhecimento de gestantes sobre saúde bucal entre dois grupos sócio-econômicos de Curitiba/PR.

2. Objetivo principal

Comparar o nível de conhecimento sobre saúde bucal entre gestantes em serviços pré-natal de Unidades de Saúde públicas e consultórios particulares em Curitiba/PR. Definir o(s) grupo(s) de gestantes com necessidade de ações de educação em saúde bucal.

3. Justificativa

As ações de educação sobre saúde bucal em grupos de gestantes são ideais, pois estas apresentam-se receptivas a novas informações e conhecimentos, que serão fundamentais para o bom desenvolvimento da saúde bucal de seu filho. E ainda, encontram-se dispostas a mudanças em hábitos e comportamentos que se façam necessários para garantir uma melhor condição bucal para seu bebê. A inclusão de gestantes em programas de educação básica em saúde bucal, faz com que futuramente, dentro do ambiente familiar, elas atuem como agentes multiplicadores de saúde, sendo um elemento fundamental na quebra da transmissibilidade da cárie dentária.

4. Procedimentos

As gestantes serão previamente comunicadas, nas Unidades de Saúde ou consultórios particulares, que participarão de um estudo e em seguida será solicitada uma autorização prévia e o preenchimento de um questionário próprio, durante o tempo que a gestante permanecer na sala de espera dos consultórios ou Unidades de Saúde, sem portanto exigir mais tempo da gestante para que esta participe do estudo. O estudo é de autoria exclusiva das cirurgiãs-dentistas Alessandra Vaz Pinto Hapner e Profª Drª Izabel Cristina Santos Almeida, sem nenhuma responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

5. Desconfortos e/ou riscos esperados

Não está previsto nenhum risco ou desconforto às participantes.

6. Benefícios do experimento

A pesquisa definirá o conhecimento das gestantes, com acompanhamento pré-natal em Unidades de Saúde e consultórios particulares de Curitiba/PR, acerca de vários aspectos sobre a sua saúde bucal e saúde bucal dos bebês. Isto determinará qual grupo de gestantes terá maior necessidade de ações de educação em saúde bucal para que programas futuros nesse sentido possam ser realizados.

7. Informações

O voluntário tem garantia de que receberá resposta a todas as perguntas ou esclarecimento de qualquer dúvida e outros assuntos relacionados à pesquisa, bastando para tanto, entrar em contato pelo telefone: (41)222-7544.

8. Retirada do consentimento

O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo.

9. Consentimento pós-informação

Eu, _____
certifico que, tendo lido as informações acima e sido suficientemente esclarecida de todos os itens pela
cirurgiã-dentistas Alessandra Vaz Pinto Hapner e Prof^a Dr^a Izabel Cristina Santos Almeida, estou
plenamente de acordo com a realização da pesquisa. Assim, autorizo e garanto a minha participação no
trabalho exposto acima.

Curitiba, _____ de _____ de 2001

Nome da participante _____

Assinatura da participante _____

RG _____

Anexo 3 - Questionário

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO FORA DA SEDE/ UNIVILLE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOPEDIATRIA

DADOS PESSOAIS:

Data de nascimento: ___/___/___	
Bairro onde mora: _____	
Profissão: _____	Profissão do companheiro: _____
Renda familiar mensal: _____	Até que grau você estudou: _____
Mês de gestação: _____	Número de gestações, incluindo esta: _____

QUESTIONÁRIO:

1. O que é a cárie dentária? (escolher uma ou mais respostas)
 - () Uma doença que depende da alimentação e bactérias
 - () Manchas escuras nos dentes
 - () Cavidades/buracos nos dentes
 - () Não é uma doença
 - () Não sei

2. Para você o que é gengivite (gengiva inflamada)? (escolher uma ou mais respostas)
 - () Quando existe tártaro nos dentes
 - () Quando a gengiva está muito vermelha, sangra e dói ao escovar
 - () Quando há mobilidade nos dentes
 - () Quando há pus na gengiva
 - () Quando há gosto e cheiro desagradável na boca
 - () Não sei

3. Quanto a acompanhamento e atendimento odontológico durante a gestação, a orientação de seu médico foi:
- ☐ Favorável
 - ☐ Desfavorável
 - ☐ Indiferente
 - ☐ Não recebeu orientação
 - ☐ Não sei
4. Como gestante, você acredita que há uma necessidade de maiores cuidados com a higiene bucal ou não?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Não sei
5. Os dentes na gestação ficam mais fracos ou não?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Não sei
6. É normal, na gestação, o sangramento na gengiva ou não?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Não sei
7. Na sua opinião, a condição bucal de quem cuida do bebê poderá ter influência na saúde bucal de seu bebê ou não?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Não sei
8. Você acha ou não que a amamentação no peito tem alguma importância no crescimento e desenvolvimento da boca ou da face de seu filho?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Não sei

9. Na sua opinião é importante ir ao dentista durante a gestação?
- () Sim
- () Não
- () Não sei
10. Você acha que a amamentação no peito pode causar cárie no bebê ou não?
- () Sim
- () Não
- () Não sei
11. Na sua opinião deve-se fazer ou não a limpeza dos dentes, logo que apareçam na boca do bebê, após a mamadeira ou a amamentação no peito?
- () Sim
- () Não
- () Não sei
12. Com que idade você levará o seu filho pela primeira vez ao dentista? (escolher apenas uma resposta)
- () Ainda bebê, antes de 1 ano
- () 3 anos
- () 6 anos
- () Não há idade determinada, apenas quando houver necessidade
- () Não sei
13. Na sua opinião a alimentação da gestante terá ou não influência nos dentes e saúde bucal de seu filho?
- () Sim
- () Não
- () Não sei
14. Você acredita ou não que comer muita doçura na gestação pode fazer com que o seu bebê goste de doces também?
- () Sim
- () Não
- () Não sei

15. Alguns hábitos como beijar o bebê na boca, usar os mesmos talheres que o bebê podem ou não transmitir a cárie para ele?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Não sei
16. Durante a gestação você irá ao dentista:
- ☐ Somente se sentir alguma dor
 - ☐ Para receber orientações
 - ☐ Na gestação devemos evitar o atendimento odontológico
 - ☐ Nesta fase tenho medo do tratamento
 - ☐ Não sei
17. Se aparecerem cavidades de cárie nos primeiros dentes do bebê, você pensa que: (escolher apenas uma resposta)
- ☐ Os dentes nasceram mais fracos
 - ☐ O bebê tomou muitos medicamentos que enfraqueceram os dentes
 - ☐ É porque o bebê não mama no seio materno
 - ☐ É porque o bebê mama no seio ou mamadeira sem limpar os dentes
 - ☐ Não sei
18. Você recebeu alguma orientação sobre saúde bucal e de quem?
- ☐ Cirurgião-dentista
 - ☐ Médico
 - ☐ Televisão ou jornal
 - ☐ De vizinhos, parentes ou amigos
 - ☐ Não recebeu nenhuma orientação

Anexo 4 - Solicitação à Secretaria Municipal de Saúde

DRA. ALESSANDRA VAZ PINTO HAPNER
RUA COMENDADOR ARAÚJO, 323 / 131
80.420-000 - CURITIBA - PARANÁ
FONE : (41) 222-7544
E-MAIL: ALE.HAPNER@JONDA.COM.BR

Curitiba, 12 de março de 2001

A
Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba
At.: Dra. Lise Mara Villani Souza
Em mãos

Re.: PROJETO DE PESQUISA

Prezada Dra. Lise,

Vimos por meio desta, solicitar autorização para realização de estudo junto às gestantes dos Postos Municipais de Saúde de Curitiba, o qual consistir-se-á na aplicação de questionário sobre saúde bucal, referente ao projeto de dissertação de mestrado (UFSC/UNIVILLE) "Estudo Comparativo do Nível de Conhecimento de Gestantes sobre Saúde Bucal em Dois Grupos Sócio-Econômicos de Curitiba/Pr", já encaminhado a esta Secretaria.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos necessários e agradecemos a atenção dispensada.

Atenciosamente,


Alessandra Vaz Pinto Hapner
Mestranda - UFSC/UNIVILLE


Izabel Cristina Santos Almeida
Professora Orientadora - UFSC

Anexo 5 - Solicitação aos Obstetras (Modelo)

DRA. ALESSANDRA VAZ PINTO HAPNER
RUA COMENDADOR ARAÚJO, 323 / 131
80.420-000 CURITIBA - PARANÁ
FONE: (41) 222-7544
E-MAIL: ALE.HAPNER@ONDA.COM.BR

Curitiba, 12 de março de 2001

Ao Ilmo.
Dr. Bruno M. Grillo
Em mãos

Re.: PROJETO DE PESQUISA

Prezado Dr. Bruno,

Vimos por meio desta, solicitar autorização para realização de estudo junto às gestantes que fazem atendimento pré-natal (particulares ou com reembolso por seguro saúde) neste consultório, o qual consistir-se-á na aplicação de questionário sobre saúde bucal, referente ao projeto de dissertação de mestrado (UFSC/UNIVILLE) "Estudo Comparativo do Nível de Conhecimento de Gestantes sobre Saúde Bucal em Dois Grupos Sócio-Econômicos de Curitiba/Pr", encaminhado em anexo.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos necessários e agradecemos a atenção dispensada.

Atenciosamente,


Alessandra Vaz Pinto Hapner
Mestranda - UFSC/UNIVILLE


Izabel Cristina Santos Almeida
Professora Orientadora - UFSC

Anexo 6 - Parecer do Núcleo de Assessoramento Jurídico - Secretaria Municipal da Saúde

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
NÚCLEO DE ASSESSORAMENTO JURÍDICO - SMS**

Protocolo : Ofício s/nº

Interessado: Centro de Informação em Saúde – CIS/SMS

Assunto: Pesquisa em pacientes de US Municipal.

“ Possibilidade de realizar estudo do conhecimento de Gestantes que realizam pré-natal na rede Municipal a respeito de higiene bucal na gravidez, por profissional autônoma para tese de mestrado – UNIVILLE.

Parecer nº 036/01 NAJ-SMS

O Centro de Informação em Saúde da SMS, Coordenação Cárie-Zero solicita parecer deste Núcleo de Assessoramento Jurídico a respeito da possibilidade de se efetuar estudo junto a pacientes da rede municipal de Unidades de Saúde.

A solicitação partiu da Dra. Alessandra Vaz Pinto Hapner, (profissional autônoma que não faz parte dos quadros da P.M.C.) , que almeja realizar pesquisa para seu projeto de dissertação de mestrado junto a U.F.S.C./UNIVILLE, com o tema “Estudo Comparativo do nível de Conhecimento de Gestantes sobre Saúde Bucal em Dois Grupos Sócio – Econômicos de Curitiba/PR”.

[Assinatura]

De acordo com o Projeto de Pesquisa apresentado pela interessada, o estudo consistir-se-á em aplicação de questionário sobre saúde bucal junto as gestantes que estejam realizando o pré-natal nas Unidades de Saúde Municipais. A Dra. Hapner justifica a necessidade de seu estudo levando-se em conta que a educação das gestantes sobre as causas e condições em que as doenças cárie e periodontal se desenvolvem e são transmitidas, é essencial para se evitar prejuízos futuros para a saúde da mãe e seu feto.

Uma vez que dentro dos objetivos da política de saúde desenvolvida pela SMS de Curitiba encontra-se, em especial, a preocupação com as condições de saúde em geral da população, vislumbramos que os resultados alcançados pelo estudo desenvolvido pela Dra. Hapner poderão auxiliar a SMS a aprimorar os programas de educação básica em saúde bucal na busca da prevenção das doenças cárie e periodontal.

Neste sentido não há qualquer óbice para que a referida profissional desenvolva seu projeto conforme proposto, sendo que deverá ficar claro que o mesmo é de autoria e responsabilidade exclusiva da Dra. Hapner, figurando a SMS apenas como espaço físico no qual o questionário foi preenchido, não havendo qualquer vínculo da municipalidade com o mesmo. Para tanto destacamos que seria oportuno que fosse firmado um Termo de Compromisso da Dra. Hapner com a SMS, em que a mesma se compromete em:

- aplicar o questionário nas gestantes por sua própria conta e risco, sem qualquer envolvimento dos atendentes das U.S. municipais;
- obter a prévia assinatura de cada gestante que participe do estudo, atestando seu consentimento na utilização do questionário aplicado, bem como seu conhecimento de que o estudo é de autoria exclusiva da Dra. Hapner, que o questionário a ser aplicado deverá ser o mesmo constante do anexo 3 do Projeto de Pesquisa apresentado, e qualquer modificação deverá ser consultada antecipadamente a SMS;
- No caso de distribuição de cartilhas elaboradas para orientação às gestantes sobre saúde bucal nas unidades

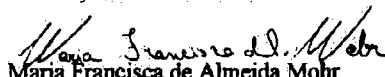


de saúde municipal, deverão as mesmas serem previamente autorizadas pela SMS.

Justificamos a necessidade das precauções retro-mencionadas, pois o alcance dos resultados de um estudo realizado pela iniciativa privada foge a alçada da municipalidade, sem que se evite porém qualquer demanda judicial almejando responsabilizar a P.M.C. por qualquer dano a terceiros. Assim, pelo citado Termo de Compromisso, fica a municipalidade respaldada, administrativa e judicialmente, de arcar por qualquer prejuízo, moral ou patrimonial, que o referido estudo possa causar.

É o Parecer, S.M.J.

Curitiba, 10 de abril de 2001


Maria Francisca de Almeida Mohr
Procuradora
NAJ-SMS

Anexo 7 - Termo de Compromisso

DRA. ALESSANDRA VAZ PINTO HAPNER
RUA COMENDADOR ARAÚJO, 323 / 131
80.420-000 - CURITIBA - PR
FONE: (41) 222-7544
E-MAIL: ALE.HAPNER@GONDA.COM.BR

Curitiba, 23 de abril de 2001

A
Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
At.: **Dra. Lise Mara Villani Souza**
Em mãos

Re.: TERMO DE COMPROMISSO

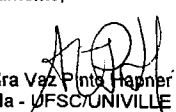
Prezada Dra. Lise,

Conforme solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, comprometo-me durante o desenvolvimento de meu projeto de pesquisa para dissertação de mestrado - USFC/UNIVILLE, com o tema "Estudo Comparativo do Nível de Conhecimento de Gestantes sobre Saúde Bucal entre Dois Grupos Sócio-Econômicos de Curitiba/PR" a cumprir as determinações abaixo:

- 1- Aplicar o questionário às gestantes por minha própria conta e risco sem qualquer envolvimento dos atendentes das Unidades de Saúde Municipais;
- 2- Obter a prévia assinatura de cada gestante que participe do estudo sob forma do "Consentimento Livre e Esclarecido" presente no Anexo 2 do projeto em questão, atestando com isto a gestante seu consentimento na utilização do questionário aplicado, bem como seu conhecimento de que o estudo é de minha autoria exclusivamente;
- 3- No caso da distribuição de cartilhas elaboradas para orientação às gestantes sobre saúde bucal nas Unidades de Saúde Municipais, que estão previstas para uma etapa futura após conclusão do presente estudo, esta serão por mim enviadas à Secretaria Municipal de Saúde para prévia avaliação e autorização;
- 4- Que o questionário a ser aplicado, uma vez aprovado pela SMS, será o mesmo que se encontra anexo ao presente "Termo de Compromisso" e que qualquer modificação futura neste questionário será levada novamente à avaliação da SMS.

Informo, ainda, que a ACD Elisabete da Silva Ferreira, RG 6.162.938-6/PR, com registro no CRO n.2041 auxiliará na aplicação dos questionários junto às gestantes.

Atenciosamente,


Alessandra Vaz Pinto Hapner
Mestranda - UFSC/UNIVILLE

Anexo 8 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa / UNIVILLE

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PRPPG
Sala A 123 / Fone: 461-9017 prppg@univille.edu.br

Joinville, 07 de junho de 2001

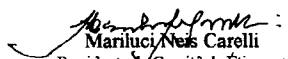
Of. N° 08/2001- Comitê de Ética em Pesquisa

Alessandra Vaz Pinto Hapner
Aluna do Programa de Mestrado em Odontologia
UNIVILLE/UFSC

PARECER:

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE, analisou a documentação encaminhada com o seu Projeto de Pesquisa intitulado "ESTUDO COMPARATIVO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE A SAÚDE BUCAL ENTRE DOIS GRUPOS SÓCIO-ECONÔMICOS DE CURITIBA/PR" e observando que o mesmo atende plenamente os parâmetros descritos na Resolução 196/96 CNS, resolve aprovar o projeto.

Atenciosamente,


Mariluci Neis Carelli
Presidente do Comitê de Ética em
Pesquisa da UNIVILLE

Anexo 9 - Mapa da Localização das Unidades de Saúde e Consultórios Particulares de Curitiba-PR, que participaram do estudo

